

40
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

—
ANNÉE 1929

THÈSE

N°

180

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

José-Antonio RODRIGUEZ

Né le 12 décembre 1884 à Saint-Domingue (Rép. Dom.)

Licencié en Médecine de la Faculté de Saint-Domingue

LES HERNIES OCCULTES

DE LA LIGNE BLANCHE DE L'OMBILIC
ET LEURS CONSÉQUENCES CLINIQUES

Les Syndromes gastro-intestinaux aigus et chroniques
dus aux hernies de la ligne médiane de l'abdomen

Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1929

031

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

José-Antonio RODRIGUEZ

Né le 12 décembre 1884 à Saint-Domingue (Rép. Dom.)

Licencié en Médecine de la Faculté de Saint-Domingue

LES HERNIES OCCULTES

DE LA LIGNE BLANCHE DE L'OMBILIC

ET LEURS CONSÉQUENCES CLINIQUES

Les Syndromes gastro-intestinaux aigus et chroniques
dus aux hernies de la ligne médiane de l'abdomen

Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOËPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	'GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULE. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physiologie.
 DONZÉLOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEUL-LIAVASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS —

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail
		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. HARTMANN

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale

*Qui nous a fait le très grand
honneur de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A.-C. GUILLAUME

*Qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse et guidé dans sa réa-
lisation.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Professeur SEBILEAU.

M. le Professeur GOSSET.

M. le Professeur CLAUDE.

M. le Docteur GUTMANN.

M. le Docteur JAHIEL.

M. le Docteur HUFNAGEL.

M. le Docteur SEILLEZ.

M. le Docteur CALDERON.

M. le Docteur GARNIER.

A MES ANCIENS MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE SAINT-DOMINGUE

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

M. le Docteur B. CARRASCO.

M. le Docteur A. ORTIZ, H.

A M. le Docteur COHEN

LES HERNIES OCCULTES

DE LA LIGNE BLANCHE DE L'OMBILIC ET LEURS CONSÉQUENCES CLINIQUES

Les Syndromes gastro-intestinaux aigus et chroniques
dus aux hernies de la ligne médiane de l'abdomen

INTRODUCTION

L'étude de la linguistique conduit bien souvent à des constatations fort éloignées de ce que l'on s'attendait à trouver ; n'en est-il pas ainsi notamment du mot *hargneux*, terme fort ancien qui, aujourd'hui, désigne un homme de caractère irritable et offensif, la *hargne* ou la *hergne*, désignant, voici bien des siècles, ce que nous nommons aujourd'hui mauvaise humeur, mais aussi, à cette même époque, ce que nous dénommons hernie (terme dérivé du latin *hernia*). Ce rapprochement dans les termes, met bien en évidence le caractère pathologique dominant attaché, à cette époque, où les appareils de contention étaient assez primitifs, et les cures opératoires inexistantes, à ces lésions des parois abdominales qui perturbent la vie de l'être et retentissent sur son caractère par les douleurs qu'elles provoquent et par les troubles des fonctions vis-

cérales qu'elles entraînent; et nous voyons, aujourd'hui encore, les mêmes conséquences chez les individus dont les hernies sortent librement sans la correction calmante apportée par les appareils. N'est-il pas opportun, de même, de noter que cette particulière aigreur du caractère qui caractérise les hernieux, est bien voisine des modifications de l'humeur observée chez les individus qualifiés d'hypochondriaques parce qu'ils ressentent des troubles dans le fonctionnement de leurs viscères digestifs. Comme nous le verrons ultérieurement, ZABÉ, l'un de ceux qui a le plus lutté pour accréditer dans l'opinion médicale la notion du rôle des hernies dans la genèse des désordres digestifs, a, de fait, défendu une théorie hernieuse de la neurasthénie; c'est aller bien vite en besogne, et bien loin aussi, mais il est évident, cependant, et c'est précisément le but de l'étude présente d'insister sur ce fait, que les désordres viscéraux provoqués par les hernies créent cet état de malaise moral des névroses auquel on donne trop facilement le nom de neurasthénie, et qui, évoluant ensuite pour son propre compte, se greffe sur l'état physique pour en augmenter et en dénaturer les réels effets.

Ainsi, à notre sens, la hernie considérée en général, est éventuellement génératrice de troubles abdominaux et du caractère.

Voici longtemps déjà, d'ailleurs, MALGAIGNE disait que *certaines pointes inguinales entravent la digestion*, mettant ainsi en valeur le rôle des hernies

dans la genèse des troubles viscéraux abdominaux.

Auparavant, HOIN, GARENGEOT, avaient, au XVIII^e siècle, décrit, sous le nom de hernies de l'estomac, et par suite des troubles gastriques qu'elles provoquent, ces petites hernies de la ligne blanche que nous étudions ici.

Mais il n'est pas dans notre intention d'étudier tous ces troubles provoqués par les hernies en général ; quand il s'agit des hernies inguinales et crurales, c'est une éventualité à laquelle on pense bien souvent dans la pratique, et le diagnostic en est bientôt fait ; il n'en est pas de même quand il s'agit des hernies de la ligne blanche et de la région ombilicale, car ces hernies peuvent être si minuscules, avoir si peu de signes directs, qu'aucun trouble rattachable à la paroi abdominale n'attire l'attention, et que le patient, aussi bien que le médecin, méconnaît l'existence d'une telle lésion ; dès lors, les troubles engendrés par la hernie sont considérés en eux-mêmes seulement, partant leur cause véritable reste ignorée, et le diagnostic comme le traitement continuent d'errer pendant de longs mois ou de longues années dans tous les chemins de la pathologie viscérale ou mentale, sauf dans la bonne voie, qui est celle de la hernie.

Les accidents dus aux hernies de la ligne médiane sont observés, en clinique, sous des aspects qui varient sensiblement d'un cas à un autre, mais, qui, tous, revêtent l'aspect d'accidents ou de troubles gastriques, avec ou sans retentissement sur le carac-

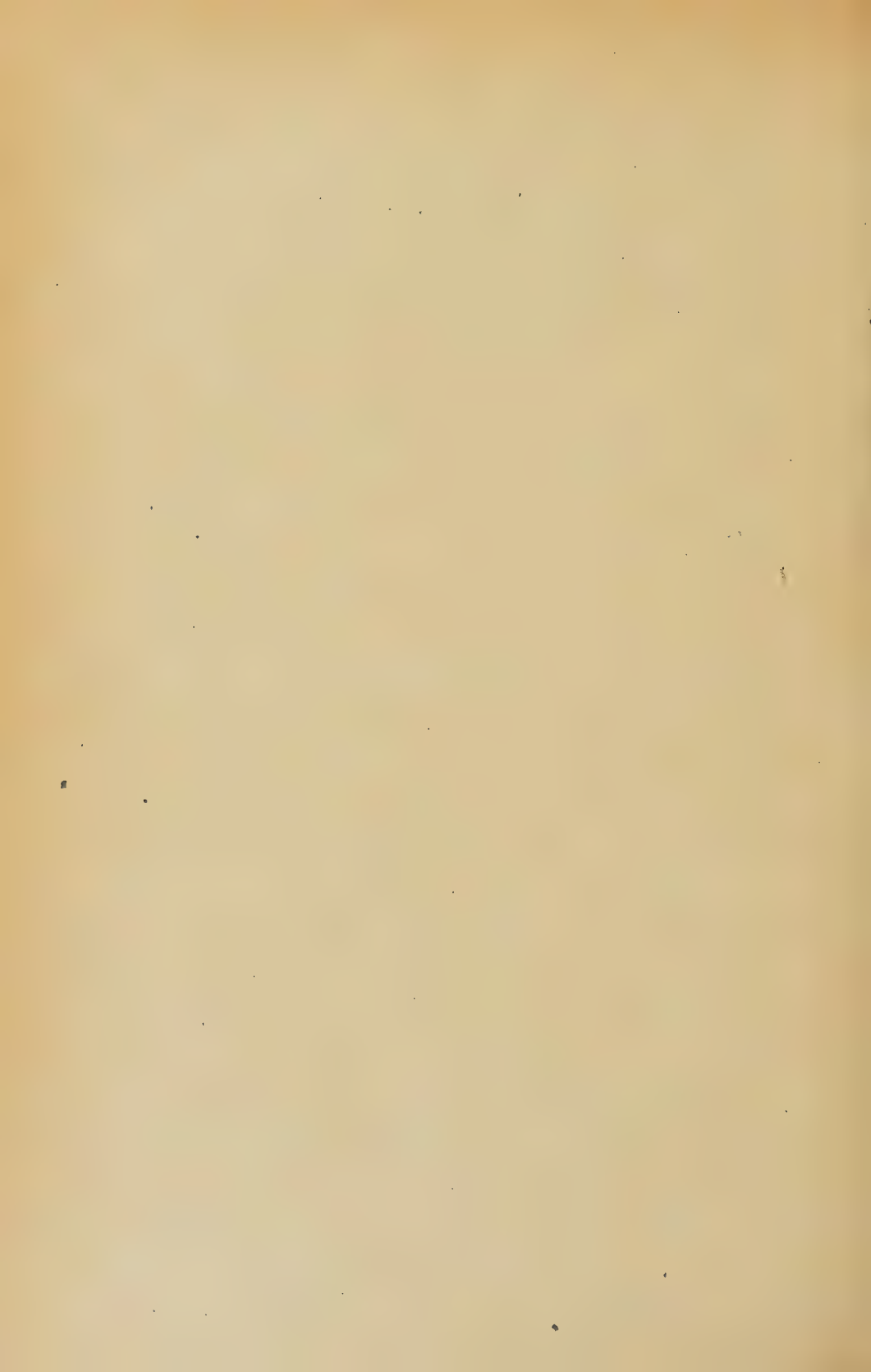
tère du patient ; mais, comme d'autre part, les maladies gastriques les mieux délimitées, tel l'ulcère de l'estomac par exemple, offrent à l'observation une variété infinie d'aspects morbides fort différents les uns des autres, il n'est pas illogique de mettre en parallèle les accidents des hernies de la ligne médiane et ceux des états gastriques, de l'ulcère par exemple.

C'est ce parallèle que fait inconsciemment le médecin dans nombre de cas, et c'est ce qui l'amène à traiter comme ulcère gastrique ou dyspepsie chronique rebelle, des états qui seraient radicalement et rapidement guéris si l'on pensait seulement à la hernie, et si l'on dirigeait sa thérapeutique dans ce sens.

On dira, certes, volontiers, qu'il est très facile de critiquer, bien facile d'affirmer que certains diagnostics d'affections viscérales digestives sont erronés et dus à la méconnaissance des hernies de la ligne médiane, mais que de telles conclusions catégoriques quand on les formule, ne doivent pas se borner à une affirmation, qu'elles doivent être appuyées par des faits précis. C'est à l'étude de ces faits précis que nous allons nous attacher, sous la direction du D^r A. C. GUILLAUME, et avec les documents et les conseils qu'il a bien voulu mettre à notre disposition, après nous avoir inspiré cette étude.

Nous pensons ainsi démontrer que les hernies minuscules de la ligne médiane, les hernies occultes tout spécialement, sont la cause, assez fréquente,

d'erreurs importantes de diagnostic, et que la cure opératoire de ces hernies assure la guérison d'états gastro-intestinaux qui, dans la méconnaissance de ces hernies, et sans traitement opératoire de ces lésions, sont rebelles à tous les traitements médicaux institués pour les améliorer.



CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DES FAITS CLINIQUES

Les accidents viscéraux provoqués par les hernies de la ligne blanche et par les exomphales, sont connus de longue date ; périodiquement on en fait état, et périodiquement on oublie ce qui a été dit, de telle sorte que l'importance de ces faits dans la clinique courante n'est pas même suspectée de la plupart des médecins, et que, périodiquement, paraît un travail d'ensemble ou des observations isolées qui remettent en honneur cette notion. C'est à l'étude de ces hernies occultes que nous consacrons le présent travail, en même temps que nous nous efforçons de préciser la clinique et l'anatomie pathologique de ces états.

Toutefois, et à l'exception de ZABÉ, qui très justement insista sur le rôle des petites exomphales, on s'est, à notre connaissance tout au moins, peu, sinon pas, préoccupé du rôle joué dans la pathologie par les hernies occultes de la ligne médiane abdominale.

HAIN, GARENGEOT ont, au xviii^e siècle, décrit les hernies siégeant à l'épigastre sous le nom de *hernies de l'estomac*, mais, comme le fait remarquer Cru-

VEILHIER (1), pour cette époque la dénomination de hernie de l'estomac n'est nullement fondée sur l'anatomie pathologique, mais sur les accidents épigastriques qu'éprouvent souvent les malades affectés de ce genre de hernies, accidents que font cesser la réduction et la contention de la partie déplacée.

Nous verrons ultérieurement que si cette opinion de CRUVEILHIER est exacte en général, son caractère trop absolu doit être amendé, car il existe parfaitement des pincements gastriques dans les hernies de la ligne blanche.

Ce qu'il faut retenir, cependant, de cette désignation de HOIN et de GARENGEOT, et de la remarque anatomopathologique de CRUVEILHIER, c'est le caractère clinique de ces hernies de la ligne blanche qui agissent, nous le voyons, en provoquant des désordres dont les caractères sont ceux des atteintes de l'estomac.

SCARPA, au début du XIX^e siècle, insiste également sur « *les symptômes fort intenses d'irritation sympathique de l'estomac* », qui sont la conséquence de la présence des hernies de la ligne blanche.

Au cours du XIX^e siècle, on trouve à plusieurs reprises l'indication de ce rôle morbogène des petites hernies de la ligne blanche et de l'ombilic, et des troubles gastriques et intestinaux qu'elles provoquent.

1. J. CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. I. Paris, 1849, p. 635 à 638.

Voici, par exemple, une observation de CRUVEILHIER.

OBSERVATION I (CRUVEILHIER).

Un homme se plaignant de fréquentes coliques, on crut à une hernie de la ligne blanche ; on trouva seulement un paquet graisseux qu'on enleva ; à ce moment les coliques disparurent (1).

De temps à autre, au cours du XIX^e siècle, on trouve tantôt une remarque, tantôt une ou plusieurs observations qui illustrent cette conception du rôle joué en clinique abdominale par les hernies de la ligne médiane.

En 1895, TILLAUX (2) publie l'observation suivante exposée préalablement dans une *Leçon clinique* du 16 mars 1894.*

OBSERVATION II (TILLAUX).

Un homme de 43 ans s'est aperçu, il y a 3 ans, qu'il portait une petite tumeur à la paroi abdominale ; c'est la douleur qui a attiré son attention sur ce point, car il a souffert pendant un certain temps sans que son attention eût été fixée sur la tumeur. Au début, cette tumeur donnait lieu à des crises intermittentes à espaces éloignés, douleurs carac-

1. Nous verrons ultérieurement qu'à l'époque de CRUVEILHIER, on distinguait les hernies graisseuses (épiploon), la lésion en cause ici, et les hernies véritables ou viscérales.

2. P. TILLAUX, *Leçons de clinique chirurgicale*. Paris, 1895.

térisées par une sensation de tension de la paroi et des coliques vives. Depuis trois ans, les douleurs sont devenues continues et il ne peut travailler tant elles sont intenses et fréquentes.

Voilà quel est l'état actuel : sur la ligne médiane de la paroi abdominale antérieure, à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, est une petite tumeur du volume d'une grosse noisette recouverte d'une peau normale ; à la palpation on sent, à gauche de la tumeur principale, un petit lobule dur qui ne se déplace pas à la pression ; lorsqu'on déprime le reste de la masse, on sent quelque chose qui vient frapper le doigt, mais ce signe ne se retrouve pas à chaque exploration ; il y a même comme un bruissement, signe constaté dans des cas analogues.

La petite tumeur est irréductible, au moins dans sa majeure partie.

Cette lésion, en apparence insignifiante, détermine de telles douleurs que le malade réclame une opération. Il a des coliques, des tranchées ; il ne peut travailler ni se redresser brusquement ; la douleur est à son maximum une heure après le repas ; à ce moment, il se produit quelques nausées, mais jamais de vomissements ; l'ingestion d'aliments semble calmer la souffrance.

Cette observation de TILLAUX se rapporte à un cas de hernie qui, à vrai dire, n'est pas à proprement parler du domaine des hernies occultes, bien qu'il s'agisse de faits bien voisins, puisque la hernie avait seulement le volume d'une noisette ; disons si l'on veut qu'il s'agit d'une hernie minuscule de la ligne blanche.

En mai 1894, TERRIER a rapporté à la Société de Chirurgie une observation qui par contre se rattache absolument aux faits que nous étudions ici.

OBSERVATION III (TERRIER).

Il s'agissait d'une femme présentant tous les signes d'un cancer de l'estomac, y compris la perception d'une masse paraissant une tumeur gastrique. A la laparotomie on constate l'absence de toute tumeur de l'estomac, mais une masse épiploïque adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. La destruction de cette adhérence amena la guérison. Bien des éléments de cette observation permettent de penser à l'origine hernieuse de cette épiploïte.

Deux observations publiées par LANDERER en 1893, montrent la guérison d'états dyspeptiques par section libératrice d'une adhérence de l'estomac à une petite hernie de la ligne blanche ou de l'ombilic.

En 1895, ZABÉ, complétant dans un ouvrage d'ensemble une série d'études poursuivies depuis plusieurs années (1), fait un vigoureux plaidoyer en faveur du rôle pathogénique des hernies ombilicales dans la genèse des troubles digestifs, et tout spécialement de ce qu'il dénomme les petites exomphales, parmi lesquelles il envisage un bon nombre de cas de hernies occultes. Le plaidoyer de ZABÉ est

1. ZABÉ, *Les dyspepsies hernieuses*. Sociétés d'éditions scientifiques. Paris, 1891. *La dyspepsie, cause première*. Maloine. Paris, 1893. *Dyspeptiques et obèses du ventre*. Maloine, Paris, 1895.

trop vigoureux même, car il comporte, avec quelques erreurs, des exagérations manifestes. L'œuvre de ZABÉ reste pourtant, dans ce domaine, la contribution capitale, celle à laquelle on doit se reporter de toute nécessité pour avoir quelque lumière sur ces faits morbides. La très grande extension que nous donnons à l'analyse des travaux de ZABÉ dans chaque partie de notre étude, les nombreux emprunts que nous faisons à cette œuvre, nous permettent de nous dispenser de donner dès à présent un aperçu des conclusions de ce travail. Cet aperçu serait d'ailleurs parfaitement déplacé à présent, puisque, comme nous l'avons dit précédemment, nous ne cherchons pas dans des conclusions toutes faites, qui ne peuvent convaincre les gens animés par l'esprit de doute, la démonstration du rôle morbogène très particulier des hernies occultes de la ligne médiane, mais nous cherchons cette démonstration dans l'exposé d'observations et de faits anatomiques que chacun peut vérifier dans sa pratique et dans des recherches chirurgicales ou anatomiques, car les unes et les autres lui donneront l'occasion de constater un nombre important de faits analogues à ceux que nous signalons ici, et lui permettront, nous en sommes convaincus, d'apporter la guérison à de nombreux cas classés dyspepsie rebelle ou accidents gastriques aigus, et qui conduisent les patients à aller de porte en porte médicales, demander un soulagement permanent, une guérison qui n'a pas été obtenue, et qui n'a pas pu l'être, parce

que l'on a toujours, jusqu'alors, méconnu la cause initiale réelle de ces états : la hernie.

Comme nous allons le voir, dans bon nombre de ces cas rebelles à tout traitement, on a trouvé finalement une hernie de la ligne médiane, et la cure opératoire de cette hernie a été la médication curative, dont le résultat radical et immédiat contrastait heureusement avec les améliorations indécises et temporaires ou les échecs complets, immédiats, et certains, de toutes les thérapeutiques pratiquées précédemment sur la foi et comme conséquence de diagnostics divers orientés dans un autre sens.

L'exposé de quelques observations, en outre de ce qu'il va nous fournir des preuves du bien-fondé de la conception défendue ici, va nous permettre de situer le problème clinique, et de mettre en même temps en évidence certains aspects particuliers de ces accidents des hernies de la ligne médiane, accidents qui, nous allons le voir, se manifestent en clinique sous des modes très différents, depuis les accidents aigus uniques ou répétés, les accidents subaigus à répétition, jusqu'aux états chroniques.

Les accidents aigus espacés, à répétition ou uniques.

C'est le premier des accidents cliniques des hernies de la ligne médiane. Ici, le diagnostic erre le plus souvent, surtout quand le médecin voit le

patient dans l'intervalle des crises aiguës ; pendant la crise aiguë, cependant, des diagnostics différents, autres que le bon, sont bien souvent faits ; on pense alors à toutes les causes d'accidents aigus de l'abdomen : crise gastrique aiguë, crise d'aérophagie, indigestion, intoxication, crise gastrique d'origine tabétique ; on peut même, parfois, craindre des accidents d'occlusion intestinale, une appendicite, ou un état inflammatoire aigu de la vésicule biliaire. La pathologie abdominale est un tel Protée, les aspects cliniques qui traduisent les états les mieux définis sont, surtout dans les phases de début, si divers, si changeants, si mal affirmés, qu'il n'y a le plus souvent aucune honte à reconnaître de semblables erreurs de diagnostic.

OBSERVATION IV (A. C. GUILLAUME).

« Etant de garde à l'hôpital Necker, j'ai été appelé à examiner une femme d'une trentaine d'années, qui avait été prise brusquement, la veille, de violentes douleurs abdominales à type de coliques et accompagnées de vomissements muqueux et bilieux fréquents.

J'examine la malade demi-assise dans la voiture qui l'amène à l'hôpital ; l'abdomen est souple, sauf dans sa partie toute supérieure où il existe une légère contracture des droits, le pouls est un petit peu plus rapide que normalement, le faciès est pâle, les traits un peu tirés, mais l'état général semble bon ; il n'y a pas eu de selle depuis la veille, la malade n'est pas explicite sur l'expulsion des gaz. Les

orifices herniaires normaux sont sains, aucune douleur profonde de la portion sous-ombilicale de l'abdomen, légère sensibilité à la base du thorax (ce que l'on peut attribuer aux vomissements) et dans la partie sus-ombilicale un peu plus bas, sur la ligne médiane. La malade est portée en salle pour être mise en observation. Je vais la revoir une demi-heure après son entrée ; même état, mais en examinant à nouveau l'abdomen, je constate, *en faisant asseoir la malade* dans son lit, et en passant en même temps la main sur l'abdomen, qu'il existe, entre les deux droits, à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, *une petite boule dure douloureuse tendue, ayant les dimensions d'une noisette*, la malade s'étendant, la masse disparaît presque complètement parce qu'attirée dans la profondeur (on se rend parfaitement compte du phénomène en examinant la région dans les diverses positions : couchée, assise, penchée en avant et dans les mouvements que fait la malade pour s'asseoir et s'étendre).

Je pense alors à une hernie étranglée, probablement épiploïque, de la ligne blanche ; à l'opération, pratiquée immédiatement, on s'aperçoit qu'il ne s'agissait pas d'une épiplo-cèle étranglée, mais d'un pincement de l'estomac (1).

Cette observation montre le cas d'un *accident aigu se présentant sous le mode unique*, nous allons voir maintenant un exemple d'*accidents aigus et subaigus à répétition*.

1. Observation publiée dans l'ouvrage de A. C. GUILLAUME, *Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin*. Clinique, expérimentation, thérapeutique, 1 vol. Paris 1922, chapitre IV, pages 224 et 225.

OBSERVATION V (A. C. GUILLAUME).

Un médecin, âgé d'une quarantaine d'années, me fait appeler dans la soirée pour des douleurs très violentes qui ont débuté au début de l'après-midi, alors qu'il était debout, quelque temps après son repas de midi ; ces douleurs se répétaient par crises apparaissant en salves, elles ont été accompagnées d'un rejet des aliments ingurgités, puis, ensuite d'un rejet de liquide jaune vert amer ; le tout était entremêlé d'éructations. La région épigastrique était tendue et saillante par intermittences, il n'y avait pas de contraction, le pouls était assez rapide, mais la température était normale, et les gaz étaient rejetés normalement ; une selle s'est produite dans le cours de l'après-midi ; le patient a fait usage des divers calmants locaux (compresses chaudes laudanisées) et médicamenteux, mais par ce moyen il est seulement parvenu à diminuer l'intensité de la douleur sans la faire disparaître ; vers la fin de la journée il finit par se coucher et me fait demander de venir le voir.

Quelque temps après s'être couché, et avant que je sois arrivé, les douleurs cessent brusquement comme elles étaient venues, et, à mon arrivée, je ne puis que faire un examen rétrospectif ; à l'exception d'un léger endolorissement de la base du thorax aux insertions diaphragmatiques (fait observé d'une façon courante après les crises de vomissements), d'un endolorissement diffus du creux épigastrique, on ne note aucun trouble local ; l'examen des réflexes n'indique aucun signe permettant de penser à une crise nerveuse gastrique du type tabétique ; aucun signe d'appen-

dicite, de chlolécystite ; en somme, on a l'impression que tout est brusquement rentré dans l'ordre de soi-même. Le patient raconte avoir eu plusieurs crises à des intervalles éloignés assez irréguliers, survenues de même brusquement alors qu'il était debout, généralement après le repas, et ayant disparu de même, en général très peu de temps après que le patient est couché. Dans ces crises antérieures, on a pensé à diverses affections abdominales et tout particulièrement à des crises intestinales, le patient ayant eu des crises de dysentérie amibienne, mais chaque fois l'arrêt brusque des troubles est venu arrêter le déclanchement du cycle thérapeutique que semblait indiquer le diagnostic fait quelques instants auparavant au fort de la crise.

Ayant déjà observé des cas analogues, et mon attention étant attirée sur ces faits, je pratique une exploration minutieuse de la ligne médiane de la paroi abdominale, examen qui est facilité par la maigreur du patient ; cet examen me permet de découvrir, un peu au-dessus de l'ombilic, un pertuis qui admet à peine l'extrémité du petit doigt, et, en réalité, dans lequel cette même extrémité du petit doigt n'insinue qu'une minime partie. Mais cette exploration fait bien sentir des bords nets, résistants, tendus, et comme tranchants, l'ensemble donnant l'impression d'un trou taillé comme à l'emporte-pièce dans l'aponévrose qui joint les droits. Faisant placer le patient de telle manière que tous les viscères viennent appuyer contre la paroi, on sent un contact se produire à cet orifice, comme si une masse venait s'appliquer sur sa face intra-abdominale. Je pense donc qu'il s'agit, dans ce cas, d'accidents à répétition d'une hernie de la ligne médiane, hernie dans laquelle

se coïncent de temps à autre de l'épiploon ou l'estomac, et je conseille l'opération. Celle-ci est pratiquée la semaine suivante par mon maître, le Dr ROBINEAU ; nous trouvons une hernie de la ligne blanche avec petit sac diverticulaire passant au travers d'une fissure ovale de l'aponévrose, l'orifice ayant à peine quelques millimètres de diamètre ; le sac herniaire est déshabité au moment de l'opération, mais on peut apercevoir, dans les grands mouvements respiratoires, que la face antérieure de l'estomac vient au regard de cet hiatus de la paroi. La cure radicale est pratiquée, et depuis, c'est-à-dire depuis deux ans, tous les troubles du type de ceux décrits précédemment ont disparu, alors que ces troubles se répétaient auparavant à des intervalles de deux à quatre mois environ.

Dans l'un comme dans l'autre des cas que nous venons d'étudier, le tableau clinique était exclusivement celui d'accidents aigus viscéraux abdominaux, la hernie passait inaperçue si on ne la recherchait pas par un examen des plus minutieux de la paroi ; on est donc fondé à dire que, *dans ce cas la hernie était un phénomène clinique absolument occulte*, et que faute de penser à la possibilité de ce type d'accidents des hernies, celle-ci aurait, cliniquement tout au moins, été ignorée, et le diagnostic erroné aurait pu, certes, conduire à une opération d'urgence, qui aurait pu faire découvrir la cause des accidents (au moins dans l'observation IV). Dans le cas de l'observation V, il est vrai, on peut penser aussi que l'incision faite pour prati-

quer dans cette conjoncture, la laparotomie exploratrice, et la réparation de cette incision, auraient, sans s'en douter, réalisé une cure radicale. On est fondé à penser aussi, il est vrai, que l'ignorance de la hernie aurait pu conduire à un diagnostic impliquant l'abstention opératoire.

Bien des suppositions sont, dans cet ordre d'idées, permises, mais ce que l'on est autorisé à affirmer, c'est que ces deux observations apportent cette preuve démonstrative que nous cherchions, celle de l'origine herniaire de certains incidents viscéraux aigus qui ne sont pas des étranglements herniaux véritables, et dans lesquels, cliniquement, rien d'apparent ne permet de suspecter la présence d'une hernie.

Cette preuve que nous venons de donner pour les accidents aigus et subaigus uniques ou à répétition, nous allons la fournir également pour les accidents viscéraux chroniques.

Les accidents chroniques.

Divers types cliniques d'accidents gastro-intestinaux à évolution chronique, peuvent être provoqués par la présence de ces hernies de la ligne médiane, et les erreurs de diagnostic qu'entraîne la méconnaissance de cette intervention des hernies occultes minuscules, conduit à penser à l'existence, chez le patient examiné, d'un ulcère gastrique, d'une tumeur de l'estomac, de troubles dyspeptiques (ce qui,

convenons-en, ne veut pas dire grand'chose d'ailleurs au point de vue causal) ou d'une de ces névroses digestives et vago-sympathiques si fréquemment observées en clinique, et tout particulièrement en dehors de l'hôpital.

Voici une observation d'un état douloureux chronique en ayant imposé pour un ulcère gastrique, et qui était, en réalité, provoqué par une hernie occulte de la ligne médiane.

OBSERVATION VI (A. C. GUILLAUME).

Un homme d'une trentaine d'années, que j'avais envoyé sur la Côte d'Azur pour compléter le traitement d'une adénite tuberculeuse inguinale et iliaque gauche, et qui avait, naturellement, suivi le régime de suralimentation, éprouve, après quelques mois de séjour sur la Côte d'Azur, des douleurs dans la région de l'épigastre. Ces douleurs débutent, en général, une demi-heure après le repas de midi, mais parfois elles apparaissent beaucoup plus tardivement, de plus, elles ne surviennent pas après chaque déjeuner ; le soir ces douleurs surviennent beaucoup plus rarement, le malade ayant l'habitude, ce que je lui fais préciser, de manger moins qu'au déjeuner et de s'étendre après le dîner. Les douleurs ne surviennent jamais la nuit, l'ingestion d'aliments ne les calme pas quand elles existent ; ces douleurs sont de caractère variable dans leur aspect, leur intensité, leur siège et leur fréquence ; au point de vue de leur aspect, les explications fournies par le patient sont touffues, imprécises, et ne permettent aucune orientation possible, leur

siège est l'épigastre, en des points variables avec les jours ; quant à la fréquence, elle est très variable également sans que des régimes alimentaires, des médicaments, des modifications dans le genre de vie, donnent une explication satisfaisante des variations observées ; il est des jours, consécutifs ou isolés, où la douleur manque complètement ; d'autres, au contraire, où elle se répète, tenace et récidivante pendant des jours et des jours consécutifs. Depuis plusieurs mois que dure cet état de chose (qui va en s'intensifiant), le patient a vomi plusieurs fois, sans qu'il constate de sang dans les matières rejetées, jamais non plus il n'a eu de mœlena ; par contre, le patient accuse des renvois acides, des éructations, coïncidant avec les phases douloureuses, des modifications de l'appétit ; de lui-même, puis sur le conseil de médecins, il s'est imposé un régime alimentaire assez sévère, qui n'a en aucune façon entravé les phénomènes douloureux, mais qui a eu pour résultat de provoquer un amaigrissement fort appréciable. Divers médecins ont été appelés à examiner et à traiter le patient pendant toute cette période ; des examens cliniques et radiologiques de l'estomac ont été pratiqués, qui ont donné des résultats assez contradictoires interprétés par les uns comme de petites preuves de l'existence d'un ulcère gastrique, par d'autres comme l'infirmité de ce diagnostic auquel ils avaient pensé tout d'abord. En somme, les diagnostics faits pendant cette période ont tour à tour été ceux d'ulcère de l'estomac et de névrose gastrique, le patient étant, de toute évidence, un sujet à tendances névropathiques.

Le dernier en date des médecins consultés, a d'abord conclu à l'existence d'un ulcère gastrique et conseillé une

opération, mais après des examens radiologiques répétés demandés par le patient, sa conviction de l'ulcère s'est estompée et, finalement, il a déclaré au malade n'avoir aucun diagnostic ferme sur son cas ; le malade dit, toutefois, qu'il a appelé l'attention de ce médecin, lors des derniers examens, sur la constatation qu'il avait faite de lui-même, quelque temps auparavant, en faisant sa toilette, d'une très petite boule siégeant sur la ligne médiane entre le thorax et l'ombilic ; le malade signale d'ailleurs les difficultés qu'il éprouve à retrouver cette boule d'une façon régulière, et signale que dans la position couchée il ne la trouve généralement pas ; pour la faire apparaître il doit se lever, faire des efforts du ventre, et, encore, le résultat n'est pas certain ; pourtant il est parvenu à la faire sortir et à la faire sentir à ce médecin, qui lui a répondu que cela n'avait pas de rapport avec les maux dont il se plaignait.

C'est dans ces conditions que je vois le patient ; les examens radiologiques que me soumet le patient ne me semblent indiquer rien d'organique aux parois gastriques, les troubles accusés ne sont pas non plus de nature à entraîner la conviction dans ce sens, et n'était-ce l'exploration de la paroi abdominale, on devrait plutôt penser à des troubles d'ordre névropathique ou à des troubles réflexes à un état intestinal (qui est défectueux chez le patient) qu'à la possibilité d'un ulcère de l'estomac. Mais l'examen de la paroi abdominale montre bien, dans certaines positions, une petite saillie, du volume d'un petit pois, située au-dessus de l'ombilic, à deux ou trois travers de doigts au-dessus. Une exploration fort attentive permet même de percevoir à certains moments comme un orifice en pleine aponévrose. Le diagnostic auquel

j'incline à penser est donc alors celui de troubles par hernie de la ligne médiane, mais je crois bon, dans ce cas, de refaire un nouvel examen radiologique, car lors de plusieurs des examens antérieurs d'autres médecins ont trouvé des points douloureux très nets sur l'estomac. L'examen ne montre aucun signe de lésion ulcéreuse gastrique, et, d'une manière générale, aucune modification appréciable de forme et de motilité de l'estomac, mais, par contre, l'exploration, faite sous écran et dans diverses positions, de la paroi abdominale, l'estomac étant visible grâce à la baryte ingérée, montre d'une façon très nette que la paroi antérieure de l'estomac vient se placer contre l'anomalie notée sur la paroi abdominale, et même semble s'y coincer à certains moments et quand le patient est couché sur le ventre. Il y a donc lieu de conclure à l'existence d'une hernie occulte et de conseiller l'opération. Celle-ci est pratiquée, quelques jours après, par le Dr BERGERET, et l'on trouve une hernie de la ligne blanche ; la face antérieure de l'estomac et le pylore examinés étant sains, mais l'estomac pouvant parfaitement se coincer dans la hernie. La cure radicale est pratiquée et, depuis, c'est-à-dire depuis plus de deux ans, tous les troubles ont disparu. Fait à noter, les perturbations intestinales qui existaient avant l'opération, se sont également amendées depuis celle-ci.

Voici donc une observation qui démontre que non seulement des accidents aigus et subaigus, mais également des accidents chroniques évoquant l'idée d'un ulcère de l'estomac, peuvent coïncider avec la présence de hernies occultes de la ligne médiane,

et disparaître quand on procède à la cure radicale de ces hernies.

Parmi les observations de A. C. GUILLAUME, on trouve plusieurs exemples des faits analogues à ceux qui viennent d'être reproduits, de telle sorte qu'on ne peut considérer ces faits comme étant exceptionnels, ni même rares ; le tableau clinique noté dans ces cas était tantôt celui d'un ulcère atypique cliniquement, tantôt le tableau clinique de ce que l'on convient de dénommer dyspepsie intestinale ou gastrique, termes bien vagues et qui ne compromettent guère au point de vue étiologique. Nous avons vu, d'autre part, que dans l'observation de TERRIER (voir notre observation III) on avait pensé à l'existence d'un cancer de l'estomac ; bien des aspects très différents de la pathologie gastrique peuvent donc ainsi être simulés, mimés avec plus ou moins de fidélité par les accidents produits par les hernies occultes de la ligne médiane. Il nous semble inutile, toutefois, pour le moment, de multiplier des observations assez analogues entre elles, et nous croyons préférable, avant de faire la synthèse clinique de ces états, de faire l'étude systématique des conditions anatomiques de ces hernies, la synthèse clinique gagnant beaucoup en effet à la connaissance de ces faits.

CHAPITRE II

CONSTITUTION ANATOMIQUE DE LA RÉGION ET MÉCANISME DES HERNIES

Voici les faits tels qu'ils sont observés en clinique, il nous faut, maintenant, étudier le mécanisme de production de ces hernies et situer, grâce aux notions acquises dans cette étude de leur mécanisme de production, leur position nosologique, notamment faire une distinction qui nous paraît nécessaire entre ces petites hernies de la ligne blanche et de la région sus-ombilicale, et les hernies ombilicales véritables. Cette distinction, qui s'impose cliniquement, est, de plus, nous allons le voir, une distinction anatomique.

Constitution de la paroi abdominale.

La paroi antérieure de l'abdomen est formée, chacun le sait, dans sa partie médiane, par deux muscles longitudinaux allant du pubis à la base du thorax, ce sont les *muscles grands droits de l'abdomen*, situés chacun de part et d'autre de la ligne médiane et réunis entre eux, sur cette même ligne médiane,

par une masse aponévrotique qui soude leurs bords internes. Cet ensemble, formé par les deux muscles grands droits et l'aponévrose qui les joint, est recouvert superficiellement (vers l'extérieur) par

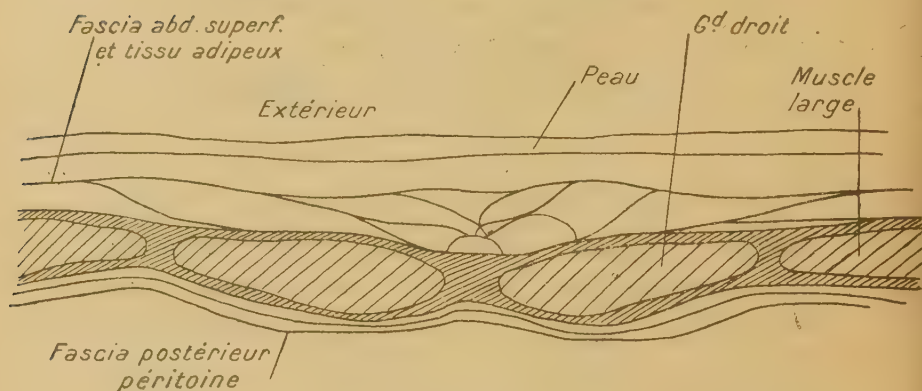


Fig. 1. — Coupe de la paroi au-dessus de l'ombilic.

une toile celluleuse (ou *fascia abdominal superficiel*, par le tissu cellulaire sous-cutané infiltré souvent de graisse, puis par la peau, tandis que dans le sens de la profondeur (vers la cavité abdominale), cet ensemble est tapissé par un feuillet aponévrotique (le fascia profond) intimement soudé à la gaine postérieure des droits, et, plus profondément, le péritoine pariétal recouvre tout cet ensemble.

La partie aponévrotique qui joint à l'autre les deux muscles grands droits, est dénommée *la ligne blanche médiane*, sa constitution doit retenir l'attention : elle est formée par une série de fibres issues

de l'aponévrose qui recouvre les droits et, plus en dehors, les muscles larges de l'abdomen, formant à tous ces muscles une *gaine aponévrotique*, comme cela se produit toujours, dans leur intervalle, entre les muscles ; dans la partie où les fibres musculaires manquent, les deux faces des gaines aponévrotiques s'unissent et se confondent en une

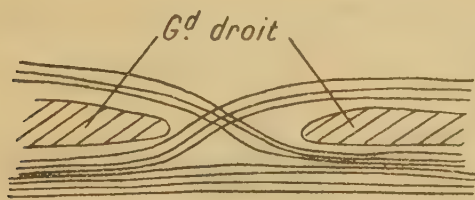


Fig. II. — Les fibres aponévrotiques.

masse aponévrotique intermusculaire qui est en quelque sorte le représentant de ces muscles, leur continuité, et une sorte d'équivalent non contractile de ces muscles. A la ligne blanche médiane, les fibres aponévrotiques se groupent suivant deux modalités différentes : 1^o des *fibres directes* qui passent d'une gaine postérieure à l'autre gaine postérieure ; 2^o des *fibres croisées* allant d'une gaine postérieure à la gaine antérieure du côté opposé. Vers son milieu, la nappe aponévrotique qui joint les muscles grands droits est interrompue par l'ombilic, formation qui représente le vestige de l'orifice qui, dans la vie fœtale, permettait le passage des vaisseaux placentaires.

Cette formation, qui est dénommée ombilic, doit retenir l'attention.

La nappe aponévrotique est, en effet, en ce point, interrompue par un orifice circulaire de petites dimensions en général, admettant par exemple l'extrémité d'un doigt assez fin ; cet orifice n'est cependant pas béant, mais comblé par un tissu de cica-

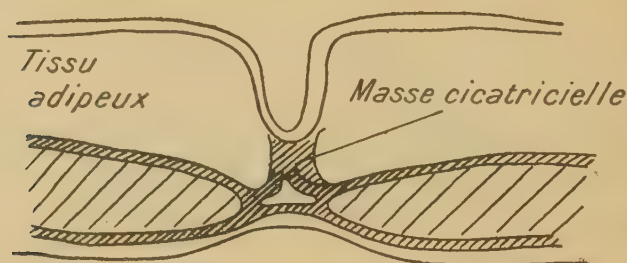


Fig. III. — Coupe horizontale passant par l'ombilic.

trice qui s'est développé au point où, après déchiscence du cordon, il était resté pendant quelques jours une petite plaie, la plaie ombilicale ; cette masse cicatricielle apparaît variable dans sa forme d'un sujet à un autre : parfois elle est légèrement saillante en avant et prend alors l'aspect bien connu de l'ombilic en bouton de sonnette, parfois elle forme une masse plane qui correspond aux ombilics en cupule.

A cet orifice ombilical, et venant se perdre dans la masse fibreuse qui représente les vestiges du point de déchiscence du cordon (plaie ombilicale,) aboutissent les vestiges des vaisseaux placentaires, c'est-à-dire le *ligament rond* venant du hile du foie

(vestige de la veine venant du placenta ou veine ombilicale), l'*ouraque* (vestige de l'allantoïde fœtale), les deux *ligaments ombilicaux latéraux* avec les artères ombilicales (vestiges des artères placentaires). Chacune de ces formations chemine entre le fascia postérieur et le péritoine, et soulève celui-ci en

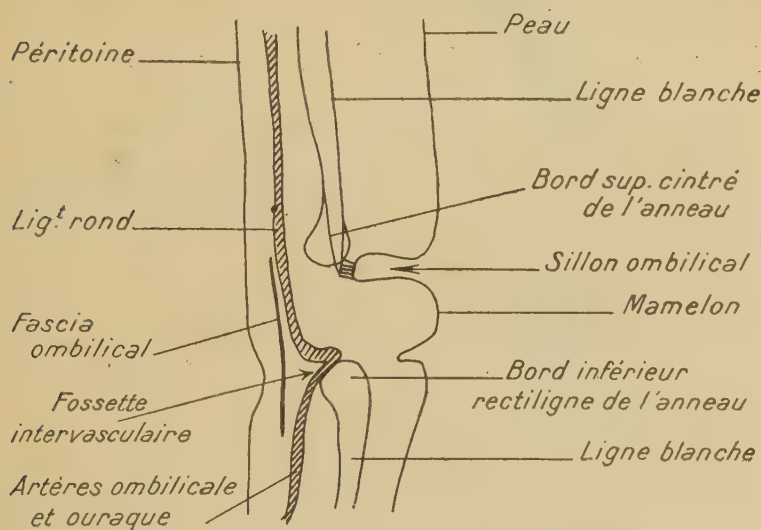


Fig. IV. — Coupe verticale passant par l'ombilic.

autant de plis, replis, ligaments ou faux, qu'il y a de formations; il y a ainsi un ligament médian sus-ombilical formé par le ligament rond hépatique, trois replis sous-ombilicaux, un médian (l'*ouraque*), deux latéraux symétriquement disposés (les artères ombilicales). Toutes ces formations convergent vers l'ombilic où elles se groupent dans la cicatrice ombilicale. Au point où ces ligaments arrivent à l'ombilic, ils sont recouverts sur leur face postérieure

par un fascia transversal, le *fascia ombilical*, qui obture ainsi l'intervalle laissé libre entre les ligaments.

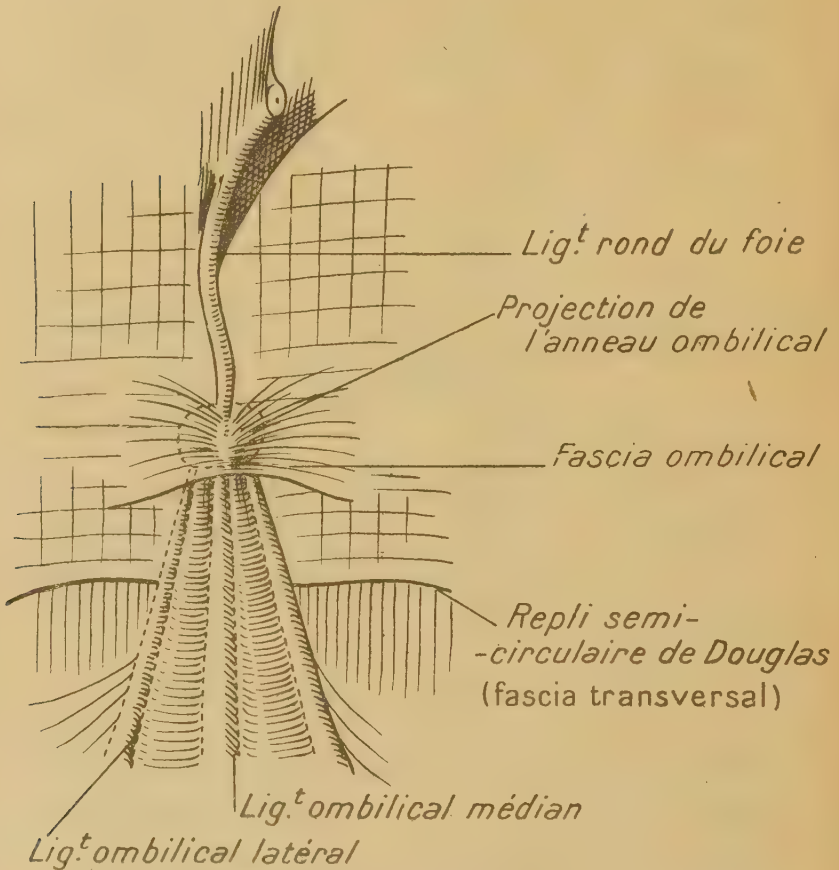


Fig. V. — La face postérieure (intra-abdominale) de la région ombilicale.

Ainsi, l'ombilic est constitué par un *orifice taillé en perte de substance dans l'aponévrose intercalaire aux grands droits*, orifice dont les rebords forment l'*anneau ombilical* ; cet anneau ombilical (orifice

aponévrotique) a une forme variable, il est renforcé à son pourtour par des fibres arciformes qui font le plus souvent, un bourrelet régulier épais. Cet orifice, en gueule de four le plus souvent, est bourré par une masse cicatricielle à laquelle aboutissent les vestiges des vaisseaux placentaires.

La partie cintrée de l'anneau ombilical est, en général, solidement unie à la peau (sillon ombilical); l'orifice central correspond au mamelon adipeux et cicatriciel; la partie rectiligne de l'anneau (bord inférieur de l'anneau) est le lieu de convergence des ligaments qui représentent les vestiges des vaisseaux ombilicaux; les deux cordons artériels se fixent aux deux extrémités de ce bord rectiligne, l'ouraque vers son milieu; la veine ombilicale (après avoir croisé le bord supérieur cintré sans y adhérer) va se fixer sur le bord inférieur rectiligne entre l'ouraque et l'artère ombilicale droite. Au point d'union de ces cordons fibreux, se trouve une dépression, la *fossette intervasculaire*, qui peut être distendue. Les cordons fibreux attachés au bord rectiligne de l'anneau sont solidement unis, par du tissu cicatriciel, à la peau immédiatement au-dessous du mamelon ombilical; il existe donc, normalement, en ce point (anneau ombilical), un orifice de 2 à 3 mm., où les fibres aponévrotiques de la ligne blanche font défaut, et où la peau arrive au contact du tissu sous-péritonéal, mais, en ce point, chez la majorité des sujets, le tissu cellulaire sous-péritonéal se condense en une mince lame fibreuse analo-

gue au fascia transversal, c'est le *fascia umbilicalis* de RICHET, qui varie beaucoup d'un sujet à l'autre en épaisseur et en situation, car il peut rester au-dessus de l'anneau ou le recouvrir entièrement, ce qui serait le cas habituel, et, dans cette éventualité, il se fixerait latéralement à la gaine des droits et au bas à l'anneau ; il serait alors partiellement

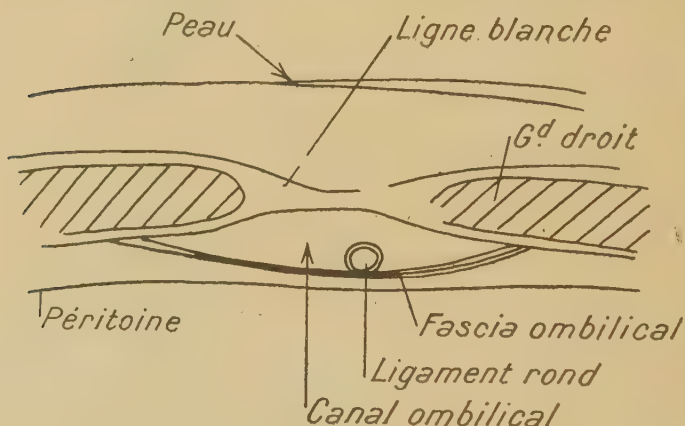


Fig. VI. — Le canal ombilical de RICHET.

soulevé par le cordon fibreux de la veine ombilicale. Il résulte de cette disposition une sorte de *canal* dont la paroi antérieure est formée par la gaine des droits et la ligne blanche intercalaire, dont la paroi postérieure est formée par le fascia ombilical et le péritoine, dont les bords sont constitués par la ligne d'union du fascia ombilical à la gaine des droits ; ce canal, le *canal ombilical* de RICHET, dont l'orifice supérieur est sous le péritoine à l'endroit où se termine le fascia ombilical, et l'orifice inférieur à l'anneau ombilical, aurait, selon

ce chirurgien, une importance pathologique considérable. Nous verrons ce qu'il en faut penser.

Souvent on note, à la partie profonde de la paroi ombilicale, une sorte de dépression du péritoine en regard de la fossette intervasculaire de l'anneau ; l'adhérence du péritoine à l'anneau par l'intermédiaire du tissu sous-péritonéal est, de toutes façons, assez lâche.

En résumé, il y a dans la région de l'ombilic, une sorte de brèche assez mal défendue, puisque, en arrière, seul le fascia ombilical (inconstant) comble sérieusement l'orifice, et qu'en avant cet orifice n'est obturé que par un mélange de tissu adipeux et cicatriciel sans grande résistance mécanique. La preuve de cette faiblesse, c'est que, dans certaines conditions de surpression intra-abdominale (ascite par exemple) l'ombilic peut se déplier et même s'évaginer.

Mécanisme des hernies ombilicales et sus-ombilicales.

Il n'est pas nécessaire de discuter longuement sur le mécanisme des hernies qui se produisent sur la ligne blanche dans la partie sus-ombilicale, il s'agit, en dehors bien entendu des hernies qui se produisent sur des cicatrices de plaies, opératoires ou non (éventration), d'une anomalie probablement congénitale qui s'est accentuée avec le temps, et qui forme un hiatus en perte de substance dans la masse aponévrotique qui joint les droits.

TILLAUX (1) assigne cependant à ces hernies de la ligne blanche un mécanisme différent.

« Voici la pathogénie de cette affection, telle que me l'ont révélée d'une manière évidente plusieurs opérations pratiquées sur le vivant. Un peloton adipeux sous-péritonéal se développe, s'engage par un orifice de la ligne blanche, agrandit peu à peu cet orifice, et vient faire saillie sous la peau. A ce moment, ce n'est, en réalité, qu'un lipome, ou plus exactement qu'une hernie graisseuse ; mais la graisse entraîne avec elle le péritoine qui lui adhère, et celle-ci finit par former un sac dans lequel s'engage un viscère, le plus souvent l'épiploon : la hernie se trouve alors constituée ».

Cette théorie de TILLAUX n'est d'ailleurs rien autre chose que la reproduction d'une conception de CRUVEILHIER (2) :

« Un petit lipome sous-péritonéal a lieu ; ce lipome s'insinue avec les vaisseaux qui traversent les parois aponévrotiques de l'abdomen, dilate ces ouvertures vasculaires à la manière d'un coin, et finit par s'échapper en dehors. »

L'opinion défendue par TILLAUX ne semble guère conforme à ce que l'on observe ; l'aspect net des bords de l'orifice aponévrotique, le tranchant de ces bords, la forme des fibres en ce point, tout conduit à penser, comme le fait remarquer GUILLAUME,

1. TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, 5^e édition, t. II, Paris, 1900, p. 64 et 65.

2. *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. I, 1849.

qu'il s'agit là d'une sorte de faille absolument analogue à celles que l'on observe dans les étoffes tissées avec des fibres bien entrelacées, comme c'est le cas pour l'aponévrose de la ligne blanche ; tout porte à penser donc, dans cette conjoncture, que la séparation de fibres adjacentes crée initialement une faille que les efforts de la paroi abdominale peuvent agrandir, mais, ce qui témoigne de la très grande solidité de tissage de cette aponévrose, c'est que ces hiatus ne deviennent jamais bien considérables et qu'il est très rare, sinon exceptionnel, de voir une hernie de la ligne blanche (à l'exception des éventrations) avoir quelque dimension. Quand au lipome, il n'est pas la cause de l'agrandissement de la hernie, mais sa conséquence ; on ne voit guère, en effet, cette masse graisseuse malléable, diffuse, qui peut échapper, en s'adaptant, par un orifice très petit, on ne voit guère comment cette masse forcerait l'aponévrose si résistante de la ligne médiane ; même si elle s'introduit dans un orifice préétabli, on ne voit guère cette masse jouer le rôle de bougie dilatatrice que lui assigne TILLAUX ; d'ailleurs, comme le fait remarquer GUILLAUME, le lipome manque dans beaucoup de cas de hernie de la ligne blanche, ce qui démontre son inutilité pathogénique dans cette conjoncture ; tout porte à penser donc que ce lipome, quand il existe, n'est autre chose qu'un peu de cette graisse sous-péritonéale qui s'est bourrée dans l'orifice sous l'influence des pressions exercées par le contenu abdominal,

ou encore de l'infiltration graisseuse à la surface d'un péritoine hernié et modifié dans sa nutrition par ces conditions herniaires.

TILLAUX varie d'ailleurs assez sensiblement dans son explication du phénomène, pour qu'on ne s'attache pas trop étroitement à l'explication qu'il en donne ; le passage suivant de ses leçons cliniques, cadre bien mal en effet avec l'idée défendue par lui, ailleurs, du rôle dilatateur des pelotons adipeux.

TILLAUX écrit, en effet (1) :

« Il y a de petits lobules de graisse dans l'épaisseur même du feutrage aponévrotique de la ligne blanche... Ce lobule sous-aponévrotique ou plutôt intra-aponévrotique prend l'aspect d'un véritable petit lipome ; il pénètre dans un des espaces losangiques de la ligne blanche, mais comme il adhère à la face externe du péritoine, il entraîne petit à petit avec lui la séreuse, qui le suit dans le chemin frayé à travers le feutrage fibreux du raphé médian. Bientôt le lipome *préherniaire* vient se loger sous la peau, entraînant un péritoine d'une minceur extrême, si bien qu'il existe un sac si mince qu'il est parfois difficile à découvrir. Tous les organes abdominaux haut situés peuvent s'engager dans ce petit sac, mais le plus souvent il y a épiplocèle qui devient rapidement adhérente à l'anneau ; si, en opérant, vous reconnaissez le sac, vous pouvez croire à un simple lipome, alors qu'en réalité vous avez extirpé l'épiploon : c'est ce qui

1. TILLAUX, *Leçons de clinique chirurgicale*. Paris, 1895, p. 264.

est arrivé à M. TERRIER, qui a indiqué lui-même cette cause d'erreur ».

Au fond d'ailleurs, le rôle mécanique des lipomes est d'un assez médiocre intérêt, il suffit de connaître leur existence et leur présence éventuelle ainsi que leurs rapports avec le sac péritonéal.

Quand le lipome existe, en effet, on note, sous la peau, l'existence d'une masse adipeuse de dimensions très variables mais toujours minimales, sauf de très rares exceptions.

Cette masse adipeuse peut être confondue avec un lipome, mais derrière ce lipome pré-herniaire, on trouve l'orifice de l'aponévrose et le sac herniaire parfois habité par de l'épiploon ou la paroi d'un viscère (estomac en général). Il faut noter encore que les hernies de la ligne blanche sont strictement médianes, marquant ainsi l'existence probable d'un processus congénital qui favorise la déhiscence des fibres au point de jonction des deux hémiparois abdominales. A l'inverse de ce que l'on observe pour la hernie ombilicale véritable, de la grosse exomphale, la hernie de la ligne blanche semble être beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Une observation de SCARPA est d'un puissant pouvoir enseignant quant aux conditions aponévrotiques qui président à la genèse de ces hernies de la ligne blanche.

OBSERVATION VII (SCARPA.)

« Si, après avoir disséqué soigneusement cette partie de la ligne blanche (sus-ombilicale), sur le cadavre d'une femme qui a eu plusieurs enfants, on l'examine avec attention en la plaçant entre l'œil et la lumière, on voit qu'elle est d'une épaisseur très irrégulière, mince et transparente dans quelques points, éraillée en d'autres, et disposée à se fendre, soit en long, soit en travers. Cette dernière circonstance me paraît surtout remarquable, parce qu'en examinant de près les hernies, on voit que l'ouverture de la ligne blanche qui leur livre passage est toujours une fente longitudinale ou transversale. Chez quelques sujets, la ligne blanche est tellement disposée à se fendre et à s'érailler, qu'on voit se former successivement plusieurs hernies dans l'intervalle qui sépare l'appendice xyphoïde d'avec l'ombilic. Il n'est pas même nécessaire, lorsque pareille disposition existe, que les viscères soient poussés avec beaucoup de force contre la paroi antérieure de l'abdomen pour former des hernies, puisqu'on voit quelquefois la graisse qui s'amasse sous le péritoine percer la ligne blanche et former sous la peau des tumeurs qui peuvent être prises pour des hernies épi-ploïques. »

En faveur également de cette origine congénitale, et, tout au moins du rôle du terrain paroi abdominale, dans la genèse de ces hernies de la ligne blanche, est la possibilité de constater des hernies multiples, ou tout au moins doubles.

Jusqu'au début du xx^e siècle, presque tous les au-

teurs décrivaient en deux chapitres séparés le lipome ou hernie graisseuse, et la hernie épigastrique ou sus-ombilicale : ce sont-là, disait-on, deux affections distinctes.

TILLAUX dit fort justement : « Je crois que ce n'est pas ainsi qu'il faut comprendre les choses », et il admet que ce sont seulement deux variétés d'un même type de hernie, dont la différence tient seulement au lipome qui double le sac et au contenu de ce sac, mais, ainsi, c'est aller implicitement à l'encontre de la théorie qu'il soutenait précédemment sur le rôle du lipome préherniaire.

Mécanisme des hernies ombilicales et sus-ombilicales.

Si les opinions divergent assez peu en ce qui concerne les hernies de la ligne blanche, de nombreuses opinions ont été, par contre, formulées, quant au mécanisme des exomphales et au trajet emprunté par ces variétés de hernies. Ces opinions méritent de retenir l'attention. Nous allons voir à quel point ces opinions sont contradictoires les unes des autres.

Un premier point est à considérer :

La région ombilicale constitue-t-elle un des lieux de moindre résistance de la paroi abdominale ? Cela de toute évidence, oui, si on considère l'ensemble de la paroi abdominale. Mais, dans l'ordre de pré-séance de ces endroits de moindre résistance, quelle

est la place occupée par la région ombilicale ?

Répondre à cette question, c'est reprendre l'étude du chemin emprunté par ces hernies ; ou, pour le moins, pour répondre à cette question il faut préalablement connaître les diverses théories proposées pour expliquer le cheminement des herniés au travers de la paroi abdominale.

Tout d'abord, constatons que, de toute évidence, et malgré une opinion contraire soutenue quelquefois, il existe toujours un sac péritonéal à ces hernies ; mais, comme le fait remarquer TILLAUX après RICHET, en ce qui concerne l'ombilic tout au moins, au centre de la cicatrice le péritoine et la peau adhèrent le plus souvent si intimement l'un à l'autre qu'il serait impossible de les séparer, aussi arrive-t-on d'emblée sur l'intestin. Ceci est vrai pour les hernies ombilicales, mais semble contraire à la vérité dans la majorité des cas de hernies de la ligne blanche, dans lesquelles on trouve le plus souvent un sac herniaire bien isolé de la peau.

Quel est, maintenant, le trajet suivi par les hernies de la région ombilicale ?

Sur cent hernies ombilicales de l'adulte, disait J.-L. PETIT, il n'y en a pas deux qui passent par l'anneau ombilical ; c'est toujours au-dessus, au-dessous ou sur les côtés qu'elles cheminent ; ce sont des hernies par érailllement. BOYER avait la même opinion. CRUVEILHIER s'est élevé contre cette conception, disant que dans les hernies ombilicales de l'adulte, comme dans celles de l'enfant, le déplace-

ment se fait presque toujours par l'anneau ombilical et très rarement à côté de l'anneau. Mais CRUVEILHIER sépare ces hernies ombilicales des hernies de la ligne blanche, et admet que l'érailement peut se produire jusqu'au voisinage immédiat de l'anneau ombilical naturel. Il classe également les hernies de la ligne blanche parmi les hernies par érailement « qui sont beaucoup plus fréquentes au-dessus qu'au-dessous de l'ombilic et sont assez souvent multiples ».

Bien que ne niant pas l'existence possible des hernies au voisinage immédiat de l'ombilic, CRUVEILHIER renversant la proposition de J.-L. PETIT, admet que sur cent cas de hernies ombilicales de l'adulte, deux seulement passent dans des fissures par érailement de la paroi en dehors de l'anneau ombilical.

SCARPA (1) écrit à propos des hernies de la ligne blanche : « Les hernies se forment quelquefois à si peu de distance de l'anneau ombilical, que les chirurgiens peu instruits les confondent avec la véritable hernie ombilicale. »

GOSSELIN, enfin, discute pour savoir si les exomphales sont plus fréquentes à la partie supérieure de l'anneau, ou si elles se produisent au travers d'un orifice accidentel placé dans le voisinage de l'anneau.

RICHTER fait cheminer les hernies ombilicales par

1. A. SCARPA, *Traité pratique des hernies*. Traduction de Cayol. Paris, 1812.

le canal ombilical (hernies indirectes). SACHS est d'un avis opposé; à son opinion le canal ombilical est rare, les hernies par cette voie ne sont jamais observées, et, même, le fascia, bien souvent obstrue l'anneau au point de rendre toute hernie impossible par cette voie; les hernies seraient donc directes et passeraient directement dans l'anneau en refoulant une paroi profonde trop mince (fascia faible).

On a souvent, en effet, mis en cause la faiblesse de l'orifice ombilical pour expliquer les hernies de cette région. RICHTER (1) écrit : « Si les parois du canal inguinal avaient la même fragilité que les parois de la gouttière ombilicale, tout le monde serait hernieux ».

COWPER (2) considère que l'ouverture ombilicale est si mal défendue, que si elle n'était pas située dans un lieu où ne s'exerce presque aucun effort, de toutes les hernies l'exomphale serait la plus fréquente.

A l'inverse, RICHTER (3), SCARPA (4), estiment que les hernies ombilicales se produisent toujours en un point quelconque du pourtour de l'anneau, se fondant sur ce que, selon eux, la cicatrice est la partie la plus résistante de l'abdomen. CRUVEILHIER, nous l'avons vu, estime que les hernies se font presque toujours par l'anneau.

1. A. RICHTER, *Anatomie médico-chirurgicale*, 5^e édition, 1877.

2. A. COOPER, *Œuvres complètes*. Traduction de Chassaignac et Richelot.

3. RICHTER, *Traité des hernies*. Traduction de Rougemont.

4. SCARPA, *Traité des hernies*, traduction de Cayol.

RICHET écrit :

« Dans les trois seuls cas qu'il m'a été donné d'examiner avec soin, j'ai nettement vu que l'intestin s'était échappé par l'orifice inférieur du trajet ombilical, c'est-à-dire par la partie supérieure de l'anneau. Ce n'est point que je veuille absolument nier que certaines hernies puissent se faire par des trous qu'on rencontre autour de l'ombilic, mais c'est certainement là un fait exceptionnel. Ce qui a dû induire en erreur, c'est que le nœud cicatriciel, refoulé en bas et déprimé en demi-cercle, constitue alors, avec la partie supérieure de l'ouverture ombilicale, un anneau complet qui semble situé au-dessus de celui qui livre passage à la veine et aux artères, et qui ressemble, à s'y méprendre, à une de ces perforations naturelles en dehors de l'ombilic élargi par le passage de l'intestin. Si donc, j'en croyais mes dissections pathologiques, trop peu nombreuses je me hâte de le dire, mais qui concordent parfaitement avec les données anatomiques que j'ai précédemment exposées, je dirais que dans la hernie ombilicale non congénitale, l'intestin sort également par la partie supérieure de l'anneau, ou pour parler plus clairement, s'engage dans la gouttière ombilicale et se porte au dehors de la cavité abdominale par ce que j'ai appelé son ouverture inférieure. Il y aurait donc similitude aussi complète que possible dans la marche de la hernie ombilicale et des autres hernies, de l'inguinale particulièrement, puisque, comme elles, elle suivrait non une voie tracée au hasard, ainsi qu'on l'a dit jusqu'à ce jour, mais un trajet normal et dont j'ai fait ressortir l'analogie avec celui qui livre passage au cordon spermatique. »

Résumons les différentes opinions formulées :
Comme l'a écrit TILLAUX :

« RICHET a tenté d'établir un parallèle entre le canal ombilical et le canal inguinal ; entraîné par son sujet, il a rapproché la pathogénie des hernies de l'une et l'autre région et admis des hernies ombilicales directes et indirectes. L'idée est ingénieuse, mais il est aisé de s'assurer que le canal ombilical est par trop virtuel pour qu'on admette l'opinion de l'auteur. On peut, sans doute, arriver à faire un trajet en décollant le péritoine au niveau de la veine ombilicale, mais c'est un trajet artificiel que n'a jamais suivi une hernie ombilicale, car il n'y a pas d'orifice supérieur. Comment l'intestin s'engagerait-il dans un canal qui ne présente ni trajet, ni orifice. Il ne saurait donc y avoir de hernies ombilicales obliques. »

La notion de canal ombilical, telle qu'elle est défendue par RICHET, est d'ailleurs fortement artificielle ; le fascia ombilicalis de RICHET, élément nécessaire du canal, est loin d'être constant, il manquerait même 8 fois sur 10 d'après les constatations de GAUDERON.

A l'inverse de ceci, on note, à l'état normal, qu'un peloton adipeux est interposé, avec de très faibles adhérences, entre le péritoine et l'anneau, de manière à former un véritable bouchon.

L'idée de canal ombilical doit donc être écartée, mais cela ne résout pas le problème, posé par J. L. PETIT, BOYER, SCARPA, GOSSELIN, et par d'autres, du passage des hernies ombilicales par l'anneau ombilical ou en

dehors de celui-ci ; à ce propos, rappelons que RICHET discute cette possibilité du passage des hernies ombilicales « par une perforation naturelle située en dehors de l'ombilic », mais il discute cette possibilité pour la rejeter et soutenir sa théorie du cheminement des hernies par le canal ombilical, ce qui revient à dire que les exomphales passent par l'anneau ombilical. La seule réserve faite par RICHET est la suivante : « Ce n'est point que je veuille absolument nier que certaines hernies puissent se faire par des trous qu'on rencontre autour de l'ombilic, *mais c'est certainement là un fait exceptionnel !* »

En somme, si l'on examine les opinions de ceux qui se sont attachés à l'étude de ces hernies ombilicales, on ne voit guère de conception dans laquelle on mette en doute le passage des hernies par le trou limité par l'anneau ombilical.

TILLAUX (1) discutant le mécanisme des hernies ombilicales écrit même, précisant encore plus ce passage des hernies par l'anneau : « Plus tard, les artères ombilicales et l'ouraque exerçant sur la cicatrice une traction plus forte que celle de la veine ombilicale, l'attirent en bas, en sorte que, finalement les vaisseaux ombilicaux, ou plutôt les cordons qui résultent de leur oblitération, ne correspondent plus au centre de l'anneau ombilical, mais bien à son bord inférieur ; le bord supérieur, au contraire, se trouve libre d'adhérences. Il en résulte que la

1. TILLAUX, *Traité d'anatomie topographique*, 10^e édition 1900.

hernie ombilicale de l'adulte ne sort plus par le centre de la cicatrice, entre les trois vaisseaux ombilicaux, comme chez l'enfant, mais au-dessus de la veine ombilicale et par la partie supérieure de l'anneau. On avait cru, à cause de cela, que les viscères s'engageaient par des orifices situés au voisinage de l'ombilic, mais il n'en est rien : c'est toujours bien l'anneau ombilical qui leur donne passage. Sans doute, l'intestin et l'épiploon peuvent s'engager par les orifices de la ligne blanche, de même que les pelotons de graisse, mais ce n'est plus alors une véritable hernie ombilicale ».

Une opinion aussi catégorique est entachée d'erreur, et il y a lieu de faire, à son sujet, de fortes réserves commandées par la connaissance des cas d'espèces.

En ce qui concerne les exomphales de moyen ou de gros volume, nul doute, en effet, que l'opinion de RICHET et de TILLAUX, soit une conception exacte (1), mais pour les exomphales minuscules c'est là autre chose, et les faits observés par A. C. GUILLAUME démontrent que ces exomphales minuscules, celles dont nous faisons ici l'histoire clinique, sont presque toujours, sinon toujours, étrangères au trajet créé par l'anneau ombilical, et que la voie suivie par elles, est celle d'orifices de la ligne blanche ou de

1. Encore qu'il existe des observations dans lesquelles on signale des hernies ombilicales faites de deux issues simultanées du contenu abdominal : une hernie passant par l'anneau, une autre par un orifice situé au voisinage immédiat de cet anneau.

la partie supérieure de l'anneau ombilical. En d'autres termes, on pourrait, avec GUILLAUME, et d'une façon évidemment très schématique, distinguer (à l'exclusion bien entendu des éventrations post-opératoires ou post-partum), des hernies moyennes ou volumineuses qui sont des hernies ombilicales proprement dites (hernies qui se traduisent cliniquement principalement par la saillie apparente d'une hernie), et, à l'opposé, des hernies minuscules qui passent inaperçues à la vue, et dont la traduction clinique est, précisément, ces douleurs et ces troubles qui, en apparence, sont digestifs, et qui, en réalité, doivent être rapportés à la hernie. Ce sont ces considérations que nous allons maintenant discuter.

Bien entendu, on pourra toujours dire, dès lors, que ces hernies sorties au voisinage de l'anneau ombilical ne sont pas véritablement des hernies ombilicales ; pour ceux-là que ce problème de définition tourmenterait, nous dirons bien volontiers qu'il ne s'agit pas de hernies ombilicales véritables, mais de hernies de la région ombilicale, de l'ombilic en d'autres termes.

Les hernies minuscules de l'ombilic et les hernies de la ligne blanche ont donc des caractères anatomiques communs : *ce sont des hernies par éraïllement*, qui semblent être une conséquence d'un défaut aponévrotique dans une paroi musculaire et aponévrotique par ailleurs saine et résistante ; ce sont en d'autres termes des défauts localisés d'une aponé-

vrose, plus que la conséquence de larges débilités pariétales sur lesquelles viennent agir des efforts. Ces hernies ont donc une certaine unité anatomique, elles ont aussi une unité clinique.

CHAPITRE III

ASPECT ANATOMIQUE DES HERNIES MINUSCULES DE LA LIGNE BLANCHE ET DES PETITES EXOMPHALES

Laissons donc de côté délibérément les hernies de gros et moyen volume de la ligne blanche et de l'ombilic, hernies qui sont surtout alors des exomphales, et bornons nous à préciser les caractères anatomiques et les rapports intra et extra péritonéaux des hernies minuscules, de ces hernies qui passent inaperçues anatomiquement le plus souvent, car seule une recherche attentive et minutieuse permet d'en reconnaître l'existence. Mais si les signes anatomiques de ces hernies, au moins les signes extérieurs, sont réduits au minimum au point d'être le plus souvent méconnus, il n'en est pas de même des troubles qu'elles entraînent. Comme le dit très justement SCARPA, « quels que soient les viscères qui forment la hernie, elle détermine des symptômes d'irritation sympathique de l'estomac, bien plus intenses que ceux qui accompagnent ordinairement les hernies ombilicales ». On est donc en droit de dire, exception faite bien entendu des étranglements des grosses exomphales, que l'intensité des trou-

bles viscéraux occasionnés par la présence des hernies de la ligne blanche et de l'ombilic, est inversement proportionnel à leurs caractères anatomiques apparents.

Dès le XVIII^e siècle, HOIN, GARENGEOT, expliquaient ce caractère d'électivité des petites hernies de la ligne blanche par l'engagement de l'estomac dans ces hernies de la ligne blanche, qu'ils qualifiaient d'ailleurs de *hernies de l'estomac*.

Cette conception de GARENGEOT est, dans nombre de cas, exacte, nous l'avons vu.

C'est donc à tort que CRUVEILHIER, comme RICHTER (1) s'est élevé contre la conception de GARENGEOT des hernies de l'estomac, et c'est à tort que CRUVEILHIER écrit :

« Aucun fait d'anatomie pathologique n'établit la présence de l'estomac dans les hernies de la ligne blanche. Un fait de Lapeyronie démontre qu'elles peuvent être formées par le côlon transverse ; mais un grand nombre de faits établissent que les hernies de la ligne blanche sont formées les unes par du tissu adipeux extérieur au péritoine ; ce sont les hernies graisseuses ; les autres par l'épiploon. Ils établissent en outre que les hernies graisseuses de la ligne blanche, comme d'ailleurs les hernies graisseuses des autres régions, peuvent entraîner le péritoine à leur suite. »

Comme la plupart des médecins du XIX^e siècle, TILLAUX mettait aussi en doute l'opinion de GAREN-

(1) I. RICHTER, *Eléments de chirurgie*.

GEOR, celle de l'existence de hernies de l'estomac engagées dans les orifices de la ligne blanche, et il rapportait aux seuls tiraillements édiptoïques exercés sur l'estomac et le côlon par un épiploon engagé dans la hernie, les douleurs et les troubles constatés.

Sans vouloir faire du pincement de l'estomac le mécanisme explicatif commun à tous les troubles des hernies minuscules de la ligne blanche, il faut cependant reconnaître la possibilité sinon la fréquence d'un tel mécanisme, dont les observations IV et VI reproduites ici, pour ne faire état que de ces deux-là, sont une démonstration incontestable.

Ainsi la hernie minuscule qui admet un peu d'une paroi viscérale (estomac ou côlon) est une éventualité réelle et fréquente ; cela ne veut pas dire que tous les troubles notés dans ces cas de hernies minuscules sont dus au pincement d'un viscère.

Certaines exomphales et hernies de la ligne blanche sont en effet constituées par un peu d'épiploon qui, après s'être échappé par une éraillure aponévrotique, se ramasse sur lui-même et donne au toucher la sensation d'un corps très dur, plus ou moins régulièrement arrondi, par exemple la sensation de grains de plomb que l'on éprouve en palpant la paroi abdominale d'un patient chez lequel on a fait une suture à fils perdus non résorbables.

Cet épiploon engagé dans la hernie, garde naturellement ses connexions avec les viscères abdominaux, et les tiraillements produits peuvent être accu-

sés d'être la cause des désordres viscéraux constatés.

Dans le cas de hernie avec bride fixée, l'aspect des lésions, tel qu'il se manifeste lors des examens anatomiques que l'on peut pratiquer sur le cadavre, est alors le suivant :

OBSERVATION VIII

Examen de l'abdomen d'un sujet jeune. On constate, à droite de la cicatrice ombilicale, une saillie du volume d'une noisette. Dans cette exomphale était engagé et fixé l'épiploon, formant boule à l'intérieur de l'exomphale et tendu d'autre part dans l'abdomen jusque vers la région pylorique de l'estomac.

D'autre part, comme le fait remarquer ZABÉ : « Les médecins qui ont fait beaucoup d'autopsies n'ont qu'à se remémorer combien souvent ils ont été obligés de rompre, avec le manche du scalpel, les brides et adhérences épiploïques qui tenaient l'estomac rattaché à la paroi antérieure de l'abdomen dans la région correspondant à la gouttière ombilicale ».

Cette remarque de ZABÉ fait comprendre quelle est la fréquence réelle de ces petites hernies occultes qui incarcèrent l'épiploon, et les hernies incarcérées de l'épiploon ne représentent qu'une petite partie du nombre total des hernies de la ligne médiane.

Voici pour les connexions intra-abdominale éven-

tuelles de ces hernies minuscules de la ligne médiane.

Voyons maintenant ce qui se rapporte à l'orifice lui-même, dont nous avons déjà étudié bien des caractères.

Les dimensions de l'orifice aponévrotique de ces hernies minuscules sont variables, parfois il admet une petite partie de la pulpe du doigt, parfois, comme l'a indiqué LE DENTU, de très petites épiplocèles, graisseuses ou non, ont un collet tellement étroit qu'il n'est pas possible d'y faire pénétrer la pointe d'un stylet. On conçoit aisément, alors, que ces exomphales passent inaperçues cliniquement et ne se révèlent qu'à l'ouverture de l'abdomen et par la constatation d'une bride épiploïque fixée à l'ombilic.

ZABÉ remarque « qu'un grand nombre de ces petites exomphales ont subi un travail de régression plus ou moins avancé. Dans la plupart des hernies graisseuses, persiste un pédicule épiploïque qui continue à entraver les mouvements stomacaux. Ces petites tumeurs passent généralement inaperçues du médecin, qui ne leur accorde aucune importance. Et cependant, les hernies graisseuses ont exactement les mêmes enveloppes et offrent les mêmes rapports que les véritables hernies. Dans la plupart des cas, une dissection minutieuse montre une cavité centrale close, donnant naissance à un pédicule plus ou moins long. Ce sont les stigmates du travail de régression de sacs herniaires qui, autrefois, avaient été de véritables hernies ».

Quand au sac, il existe toujours, recouvert ou non de graisse, occupé ou vide, et de dimensions bien variables d'un cas à un autre.

OBSERVATION IX (CLOQUET).

Une pièce anatomique de CLOQUET du musée Dupuytren (n° 268) montre un bel exemple de ces sacs de hernies de la ligne blanche dans lesquelles on voit la hernie du péritoine faire saillie au travers d'une brèche du fascia et apparaître, sur l'autre face de la pièce, avec l'aspect diverticulaire, et ayant tout à fait l'apparence d'un mamelon du sein ou d'un pis de vache.

Dans l'ensemble, les lésions observées dans ces cas de hernies minuscules sont très différentes suivant les cas, et l'on peut diviser ces hernies en deux catégories ?

1° *Les hernies spontanément réductibles ou hernies cliniquement intermittentes*, qui sont les unes épiploïques, les autres viscérales (gastriques surtout) ;

2° *Les hernies cliniquement permanentes, spontanément irréductibles*, qui peuvent être des pincements latéraux de l'estomac ou des hernies épiploïques, point pariétal d'insertion d'une bride épiploïque plus ou moins tendue dans l'abdomen entre la paroi et un viscère qu'elle attire et tire. Le plus souvent, en pratique, lors de l'opération, on ne constate cependant rien autre chose qu'une éraillure des tissus aponévrotiques, éraillure dans

laquelle s'engage un petit sac, en doigt de gant, et désoccupé.

Il faut cependant se garder de refermer la paroi sans explorer la face profonde de l'orifice herniaire, car il peut exister des brides épiploïques adhérentes à la face profonde de l'orifice herniaire ; et aucun chirurgien ne voudrait, faisant la cure de la hernie, négliger la résection d'une bride à laquelle on rapporte volontiers une grande partie des troubles viscéraux constatés.

C'est en effet aux tiraillements exercés par les bribes épiploïques que l'on a rapporté toujours, et d'une façon systématiquement constante, de CRUVEILHIER à ZABÉ en passant par TILLAUX, les troubles produits par les hernies de la ligne médiane (à l'exception bien entendu des grosses exomphales étranglées). Cette conception paraît fort sujette à caution, et les observations et constatations relatives à ces hernies minuscules et aux accidents qu'elles déterminent, indiquent très nettement qu'il faut remettre en valeur la vieille opinion de HOIN et de GARENGEOT, opinion qui est presque bicentenaire, et attribuer une notable part des troubles observés dans cette conjoncture, à une irritation directe de l'estomac, à un pincement latéral de sa paroi antérieure.

CHAPITRE IV

ÉTUDE SYSTÉMATIQUE DES CARACTÈRES CLINIQUES DES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LA PRÉSENCE DES PETITES HERNIES OCCULTES DE LA LIGNE BLANCHE ET DE L'OMBILIC.

Nous appuyant sur des observations choisies de manière à indiquer leurs aspects différents les plus caractéristiques, nous avons étudié précédemment certains des caractères cliniques des syndromes viscéraux engendrés par les petites hernies occultes de la ligne blanche et de l'ombilic ; nous avons, ensuite, précisé les caractères anatomiques qui sont ceux de ces hernies minuscules de la paroi abdominale antérieure ; nous pensons donc, ainsi que nous le disions, avoir démontré d'une façon irréfutable l'existence des faits auxquels nous consacrons ce travail. Nous appuyant à présent sur les faits cliniques et anatomiques exposés précédemment, nous appuyant également sur les très rares travaux qui, antérieurement, ont fait état de ces faits, et tout particulièrement sur les travaux de ZABÉ, nous allons faire une synthèse de ces faits pathologiques, indiquer leur importance relative et situer leur place en clinique.

Valeur pathogène des hernies minuscules de la ligne médiane abdominale dans la clinique courante.

On admettait, anciennement⁽¹⁾, que l'exomphale, la hernie ombilicale, est rarement petite, d'autre part « que les effets des exomphales sur la santé dépendent surtout de leur volume, les petites exomphales pouvant passer inaperçues tellement elles entraînent peu de gêne avec elles, les moyennes ne produisant pas non plus de phénomènes bien accusés, à peine quelques troubles digestifs, des tiraillements, des coliques passagères et peu intenses ».

Commentant cette opinion de MARDUEL, ZABÉ, dans son ouvrage déjà ancien et qui est aujourd'hui totalement oublié, écrit avec juste raison : « C'est exactement l'inverse de ce qui se passe cliniquement. Les troubles dyspeptiques sont d'autant plus accentués que la hernie est de moindre volume, que l'entrave est plus étroite, et la bride épiploïque moins lâche. La simple pointe herniaire, les moindres hernies de la ligne blanche ne sont-elles donc plus des causes directes de l'état dyspeptique ? Et cependant, vérité clinique indéniable, toute peine apportée dans la circulation des aliments donnent aussitôt, à partir de l'estomac, une cause d'empêchement à la digestion ».

1. MARDUEL, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Suivant l'opinion de A.-C. GUILLAUME, il faut séparer complètement les hernies ombilicales volumineuses et les petites hernies, les hernies minuscules. Les hernies volumineuses surviennent chez des individus obèses dont le mésentère est infiltré de graisse, dont les parois sont affaiblies par l'adiposité, dont la pression intra-abdominale est considérablement augmentée par tout l'amas de graisse viscérale et péritonéale. Les hernies minuscules, au contraire, surviennent chez des sujets maigres, souvent même chez des amaigris, pour lesquels aucun des mécanismes précédents ne peut-être mis en cause.

Cliniquement, de même, la séparation est complète; les hernies volumineuses « sautent aux yeux », les hernies minuscules sont au contraire des lésions occultes qui passent inaperçues si on ne les recherche pas systématiquement, et c'est précisément la thèse que nous défendons ici, celle de l'existence des hernies minuscules occultes qui expliquent l'apparition de troubles habituellement confondus avec des affections gastriques, et tout particulièrement avec des ulcères gastro-duodénaux.

Avec l'esprit d'enthousiasme systématique qui s'empare bien souvent des novateurs quand il s'agit de l'application de leurs idées, ZABÉ, poussant la schématisation trop loin, a cru trouver dans les *petites exomphales* l'explication des aspects différents de certaines dyspepsies. Il écrit : « L'interprétation des troubles digestifs, basée sur l'état

anatomique de la hernie qui les détermine, jette une vive lumière sur cette longue suite de symptômes dyspeptiques, véritable embrouillamini, auquel n'ont pas peu contribué les champions du chimisme gastrique ».

Insistant sur la faible valeur des théories chimiques comme explication causale des dyspepsies, ZABÉ tend à admettre que les hernies jouent un rôle fort important numériquement dans la genèse de ces dyspepsies, et puisqu'il ne considère guère que les petites exomphales, il faudrait, admettant ses concepts, enchérir encore sur ses conclusions en ajoutant les hernies de la ligne blanche.

ZABÉ sépare les malades en trois catégories :
1° *Ceux qui souffrent dès le commencement du repas ou quelques instants après ;* 2° *Ceux qui souffrent vers la fin de la digestion stomacale, soit 3 ou 4 heures après l'ingestion des aliments ;* 3° *Ceux qui ont seulement les fonctions intestinales troublées.*

« La prédominance de tels symptômes dyspeptiques, leur marche, leur durée, dépendent uniquement de la variété de siège et de la différence de constitution anatomique des exomphales dont ils sont la conséquence pathologique directe. Que l'entrave herniaire, par exemple, soit située plus à gauche qu'à droite de la gouttière ombilicale, la digestion sera troublée dès le début du repas, ou quelques instants après. Si c'est, au contraire, la portion pylorique qui se trouve neutralisée dans ses mouvements péristaltiques, les troubles digestifs n'apparaîtront que 4 ou 5 heures après

l'ingestion des aliments, quelquefois plus tard. Si enfin une portion d'intestin, précédée ou non de l'épiploon, occupe le sac herniaire, les accidents propres à la dyspepsie intestinale en seront la résultante pathologique immédiate. Cette concordance clinique, basée sur plusieurs milliers d'observations, est rigoureusement exacte. »

- ° Parmi les troubles cardinaux révélateurs du premier type de lésion, ZABÉ signale les phénomènes suivants.

« Dès qu'ils ont mangé, les *bridés de l'estomac* éprouvent quelques instants après, le besoin de desserrer leurs vêtements, suffoqués qu'ils sont par le refoulement du diaphragme. Le ventricule se tend et se ballonne, des nausées se produisent, accompagnées de flatuosités, et l'épigastre devient sensible. L'estomac distendu s'élève dans le thorax en refoulant le cœur et le poumon ; d'où la dyspnée, les palpitations, et parfois les irrégularités du pouls. »

Ce tableau clinique, que ZABÉ rapporte à la dyspepsie hernieuse du premier type, est, en fait, un tableau clinique de *crise aérophagique*, et, d'ailleurs, il faut le reconnaître, les petites exomphales, en irritant les viscères du contenu de l'abdomen peuvent, tout comme la ptose gastrique, faire apparaître, chez un prédisposé, le tic d'aérophagie. ZABÉ reconnaît d'ailleurs que, chez les malades qu'il a en vue, « il se produit des renvois gazeux, des éructations qui amènent un réel soulagement, accompagné d'un sentiment de détente indicible. Les gaz

rendus sont inodores, ou bien portent avec eux l'odeur des aliments, du vin principalement. »

Dans sa tendance annexioniste à englober toutes les dyspepsies et troubles gastriques dans une même pathogénie hernieuse, ZABÉ arrive à confondre les accidents de l'aérophagie, quelle que soit leur cause, avec les aérophagies provoquées par les hernies ; il nous semble difficile d'assigner une proportion exacte aux accidents aérophagiques qui relèvent de cette origine hernieuse, mais, ce que l'on observe en clinique permet de conclure, contrairement à ZABÉ, que ces aérophagies d'origine hernieuse n'ont pas une considérable fréquence, et il nous semble bien improbable, même après une très longue pratique, que l'on puisse appuyer ses dires, comme le fait ZABÉ, sauf autosuggestion et exagération consécutive bien entendu, sur plusieurs milliers d'observations. Il faut, de tout ceci, retenir cependant que les hernies de la ligne médiane peuvent être la cause de l'aérophagie, et il faut y penser dans ces cas.

Le tableau clinique du deuxième type de dyspepsie hernieuse, selon ZABÉ, est caractérisé par des troubles du chimisme gastrique qui prennent tantôt l'aspect du syndrome désigné *hyperchlorhydrie*, tantôt celui du syndrome désigné *hypopepsie* avec fermentations lactiques secondaires, c'est-à-dire avec phénomènes d'acidité apparente qui induisent le médecin en erreur et font croire à un *hyperchlorhydrie* qui n'existe pas.

« Dans certains de ces cas de dyspepsie hernieuse, il survient des *vomissements* qui, comme dans l'indigestion, tendent à débarrasser l'estomac des aliments qui l'encombrent. Ces vomissements ne sont que de la *régurgitation en masse*. Chez certains gastropathes, ces vomituritions se reproduisent une ou deux fois par semaine, et ont été appelées avec beaucoup d'à-propos *migraines dyspeptiques*. »

Chez un autre type de malades, on observe un tableau clinique assez différent du précédent.

« Trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments, une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans l'extrémité droite de l'estomac, et envahit l'hypochondre correspondant. S'il s'agit du repas du soir, des cauchemars, de l'agitation, de l'insomnie, surviennent pendant la nuit. Au point de vue clinique, cette transition de la digestion stomacale à la digestion intestinale a son importance, puisque c'est à ce moment même que se produit un état de souffrance qui est à l'évacuation gastro-duodésiale ce que la gastralgie est à l'arrivée des aliments dans la partie cardiaque du ventricule. Dans ces dyspepsies tardives, une hernie siégeant à droite de la gouttière ombilicale est la cause fréquente de ces nouveaux désordres.

Le tiraillement épiploïque agissant directement sur la valvule pylorique; il surgit une douleur poignante dans le point correspondant à cet orifice, accompagnée de nausées avec flatulence, et bientôt suivie d'un besoin d'aller à la garde-robe des plus impérieux, auquel il est impossible de ne pas obéir. Il se produit une véritable incontinence du

pylore, laquelle résulte de la parésie de ce sphincter. Si le tiraillement épiploïque influence seulement la portion pylorique, le sphincter restant indemne, la douleur moins violente s'étend progressivement à tout l'hypochondre droit. Mais en revanche celle-ci persiste beaucoup plus longtemps et tourmente davantage les malades. Le ventricule, impuissant à se débarrasser des aliments plus ou moins bien digérés, se distend outre mesure... il en résulte à la longue une dilatation de l'estomac ».

ZABÉ estime, en outre,

« qu'en même temps que les troubles digestifs, dus à une bride épiploïque, implantée à droite de la gouttière ombilicale, il se produit assez souvent du côté de la sécrétion biliaire, des désordres qui se manifestent sous forme de douleurs, de coliques. Le foie, ainsi que la vésicule, augmentent de volume ; parfois surviennent des vomissements glaireux et bilieux et, dans certains cas d'obstruction biliaire, qui dépendent beaucoup plus souvent qu'on ne pense d'entraves herniaires, ayant amené des adhérences interviscérales, à la suite d'épiploïtes répétées, survient toujours l'ictère, le syndrome de rétention de la bile dans l'économie. »

Le tableau clinique révélateur du troisième type de dyspepsie hernieuse, est caractérisé par du météorisme, de la tension des hypochondres, de la pneumatose, et aussi des coliques sourdes accompagnées de borborygmes. Cet état peut être accompagné de constipation opiniâtre avec, à des intervalles

plus ou moins espacés, des débâcles douloureuses accompagnées de diarrhée ; dans d'autres cas, la diarrhée est l'état habituel. A ces exomphales agissant sur l'intestin, ZABÉ rapporte certaines exagérations de volume de l'abdomen, certaines ventripotences, et reproduit à ce propos l'observation suivante :

OBSERVATION X (ZABÉ.)

Un homme de 45 ans avait la région épigastrique très distendue (1 m. 14 de circonférence). Chez ce patient, depuis environ 18 ans, les digestions étaient très troublées. Trois ou quatre heures après chaque repas, le patient rejetait un liquide épais, mélangé à de la bile. Il était atteint d'une *entéro-épiplocèle ombilicale du volume d'une forte noix*. La hernie ayant été réduite, et maintenue au moyen d'un appareil contentif approprié, les vomissements cessèrent comme par enchantement. Six semaines après, le pourtour de taille avait diminué de 15 centimètres. Ayant négligé de porter un bandage, les vomissements reparurent dès le deuxième jour, l'appareil réappliqué, les vomituritions cessèrent à nouveau.

En réalité, il y a tout lieu de penser que, dans ce cas, l'aérophagie provoquée par l'exomphale était la raison d'être de la distension abdominale ; mais de là à généraliser, comme a tendance à le faire ZABÉ dans son ouvrage, en ce qui concerne les états de ventripotence, il y a vraiment trop loin, et l'on ne peut guère attribuer, comme le fait ZABÉ, une

part vraiment si importante aux exomphales dans l'étiologie de l'obésité ventrale due à la dilatation de l'intestin grêle. Si les exomphales peuvent parfois entraîner la production de phénomènes d'aérogastro-entéro colie, cette éventualité est loin d'être très fréquente.

Raisonnant par analogie sur des faits de hernie inguinale qu'il interprète d'ailleurs d'une façon fort sujette à caution, ZABÉ estime également que les exomphales peuvent donner naissance à la *polysarcie mésentérique*, et cette adiposité du mésentère expliquerait aussi, à son avis, certains cas de ventripotence produits par des exomphales.

Voici l'opinion de ZABÉ sur ce point :

« Les hernies qui donnent naissance à la polysarcie mésentérique, sont généralement des entéro-épiplocèles, relativement volumineuses si on les compare aux hernies minuscules qui provoquent la cardialgie. Le sac herniaire est alors habité par une portion d'intestin d'un volume suffisant pour que le gargouillement se perçoive facilement. L'estomac n'étant plus, dans ces cas, étroitement entravé par une bride épiploïque, ses fonctions ne sont point sensiblement troublées. Les symptômes prédominants sont ceux de la dyspepsie intestinale. Les nombreux cas d'obésité hernieuse que nous avons été à même d'étudier, nous ont amené à faire une remarque clinique. Nombre de femmes devenues obèses du ventre, après la trentaine, nous ont déclaré que, dans leur prime jeunesse, elles étaient très minces de taille mais qu'alors elles souffraient beaucoup de l'estomac. Un

beau jour les maux d'estomac disparurent. Et c'est à partir de ce moment qu'elles commencèrent à prendre du ventre. Que s'était-il donc passé ? Atteintes primitivement d'une exomphale de petit volume, la bride épiploïque qui en résultait entravait la portion cardiaque du ventricule et amenait des crises de gastralgie. Le collet de la hernie s'étant subitement élargi, ainsi qu'il arrive fréquemment, les douleurs stomacales disparurent, et l'obésité se dessina peu à peu. »

Cette interprétation de ZABÉ est fortement critiquable, on peut tout aussi bien faire intervenir d'autres hypothèses. Nous nous bornons donc à indiquer ces conceptions de ZABÉ, quitte à faire ensuite une sérieuse révision de ces conceptions.

ZABÉ, toutefois, estime que l'obésité ventrale, d'origine hernieuse, reconnaît deux causes principales : 1° la dilatation d'une partie plus ou moins étendue de l'intestin grêle ; 2° la polysarcie mésentérique. Ces deux causes peuvent agir isolément ou séparément ; lorsque, en même temps, l'estomac est fortement dilaté, « il en résulte la gastro-ventripotence la plus débordante, l'obésité majeure. »

Les exomphales, aux dires de ZABÉ, expliquent donc une notable partie des faits de la pathologie mineure de l'abdomen supérieur ; il n'est pas jusqu'au lumbago qui ne puisse relever de cette cause.

Dans tout ceci, cependant, il y a, de la part de ZABÉ, une exagération évidente ; il est bon de connaître son opinion, la partager est autre chose.

OBSERVATION XI (ZABÉ.)

Un homme de 36 ans souffrait depuis environ 2 ans d'un lumbago très tenace. Chaque matin, le patient passait 1 h. 1/2 à se frotter les reins avec une brosse ; et le lendemain la même douleur reparaisait. Il était atteint, sans le savoir, d'une entérocèle ombilicale, datant du jeune âge. Jamais il n'avait souffert de l'estomac. La hernie maîtrisée, le lumbago disparut.

ZABÉ rapporte même certains états de névralgies pelviennes à ces petites exomphales, et il ajoute que ces douleurs pelviennes se trouvent parfois manifestement sous la dépendance du péritoine pariétal hernié. « Les névralgies pelviennes n'ont souvent, pas d'autre origine que ces points péritonéaux, plus ou moins douloureux, »

Voici donc l'opinion de ZABÉ ; s'il fallait accepter sans discussion de telles conclusions, on serait amené à conclure que le rôle des hernies de la ligne médiane est considérable, et que ces lésions pariétales sont responsables, en dehors d'un nombre important des cas qualifiés *états dyspeptiques* (et ZABÉ a tendance à faire très large la part hernieuse dans ce domaine), d'une proportion importante elle aussi de *gastro-ventripotences aéro-adipeuses*, c'est-à-dire *d'obésité de l'abdomen* ; les hernies de la ligne médiane seraient responsables aussi, d'après ZABÉ, *d'accidents douloureux abdominaux ou lombaires*

à type de *lumbago* et de *névralgies pelviennes* ; enfin, le domaine pathogénique de ces hernies engloberait nombre d'états dits intestinaux de *constipation* et de *diarrhée*. Si l'on considère la fréquence extrême de chacun de ces états dans la clinique courante, on est amené à conclure que le rôle pathogène des hernies de la ligne médiane serait ainsi considérable, et par l'importance des troubles qu'elles provoquent, et par le nombre important de patients qui seraient ainsi des hernieux qui s'ignorent, mais, pour intéressante qu'elle soit, l'opinion de ZABÉ est manifestement exagérée, et s'il y a beaucoup de fleurs dans ses conclusions, il y a aussi beaucoup d'épines, et il y a lieu, à notre opinion, de réduire considérablement des conclusions aussi extensives.

Les types cliniques d'accidents provoqués par les hernies occultes de la ligne blanche et de l'ombilic.

Les observations que nous avons reproduites, nous ont montré la réalité incontestable d'*accidents aigus ou subaigus uniques ou répétés*, qui revêtent en clinique l'aspect de *crises douloureuses épigastriques* avec vomissements, nausées, phénomènes aérophagiques, crises douloureuses aiguës, qui semblent bien être la conséquence d'un pincement de la paroi gastrique dans un orifice de la ligne blanche. Ce que l'on observe en pratique permet d'ailleurs de penser, contrairement à l'opinion admise par les chi-

rurgiens de la fin du xix^e siècle et du début du xx^e siècle, que ces pincements latéraux de l'estomac jouent un rôle fort important dans la genèse des troubles viscéraux causés par ces hernies minuscules occultes, un rôle autrement important que les brides épiploïques, et cette conclusion, nous le verrons, s'applique non-seulement aux accidents aigus et subaigus, mais encore aux accidents de type chronique.

Ce que l'on constate dans la pratique, permet aussi de dire que, le plus souvent, ces pincements de la paroi gastrique dans l'orifice herniaire se libérant d'eux-mêmes après un certain temps de position couchée, la libération spontanée du pincement étant immédiatement suivie d'une disparition totale des troubles, et ceci explique la brusquerie du début et la brusquerie de la fin des troubles observés ; la texture charnue des parois gastriques, l'épaisseur que prennent ces parois quand elles se contractent après évacuation du contenu (vomissements), fait comprendre la différence qui peut exister entre ces pincements latéraux de l'estomac dans les hernies de la ligne blanche, et les pincements latéraux de l'intestin dans les orifices plus larges des hernies crurales ou inguinales ; le relâchement de la paroi abdominale dans la position couchée, la contraction violente des parois gastriques après évacuation de son contenu, l'influence de la position déclive qui tire l'estomac en arrière et en haut, tous ces facteurs unis, font un taxis beaucoup plus facile

que celui qui s'opère parfois dans les hernies des autres orifices ; c'est ce qui fait probablement la bénignité relative de ces hernies minuscules de la ligne médiane, leur réduction spontanée se produisant probablement presque toujours après un certain nombre d'heures de lutte de la paroi gastrique contre le pincement qui l'irrite. Les rapports qui existent dans ces cas avec l'horaire des repas trouve d'ailleurs, probablement, son explication dans ces mêmes faits, *l'estomac en charge alimentaire* s'abaissant jusqu'à venir au contact de l'orifice herniaire, et ceci explique aussi la constatation de l'apparition de ces accidents quand l'individu est en position debout ou penché en avant, accoudé par exemple.

Toutes ces considérations, qui sont relatives aux accidents aigus, sont également valables pour les accidents chroniques des hernies de la ligne médiane.

Ces *accidents chroniques*, nous l'avons vu, présentent, en moins intenses et en plus répétés, les caractères des accidents aigus. Ce qui retient l'attention, à l'interrogatoire des patients, c'est le caractère capricieux des troubles, leur relative indépendance de l'état intestinal et de l'état moral, enfin et surtout leur absence quasi-constante pendant la nuit ou quand le patient est couché. Notons que ce caractère n'est pas en faveur de l'action de brides épiploïques qui devraient, dans cette condition, exercer des tiraillements beaucoup plus violents en position couchée qu'en position debout. On note aussi, dans ces cas, l'absence de signes radiologi-

ques d'un état gastrique bien déterminé. En somme, c'est la contradiction apparente qui existe entre les signes accusés par le patient et l'état local radiologique, ou les caractères habituels des affections gastriques, qui doit inciter à rechercher les signes de ces hernies occultes dont le syndrome clinique révélateur est, dans ces états à évolution chronique, caractérisé par des phénomènes douloureux atypiques siégeant dans l'abdomen supérieur et qui, se produisant en rapport avec les phases digestives (quand l'individu est debout) orientent par conséquent vers l'hypothèse d'une affection gastrique, et cela d'autant plus volontiers qu'il existe, en outre des douleurs, de la salivation, des nausées, des troubles de l'appétit, et la sensation, accusée par le patient, d'un trouble indéfini de l'estomac.

Que *l'aérophagie* soit un élément morbide qui vient compliquer parfois cet état, tout est en faveur d'une telle conception, car on connaît le rôle des ptoses gastriques dans la genèse de l'aérophagie, et l'on peut penser que nombre d'irritations des nerfs gastriques est à même de déclancher ce tic d'aérophagie.

Mais l'aérophagie est un phénomène si répandu dans la pathologie, c'est un trouble qui dépend de tant de causes générales et locales, y compris le nervosisme et les mauvaises habitudes, qu'il est impossible d'assigner une relation certaine, systématique, de cause à effet entre ce syndrome et les hernies occultes.

Ces considérations sur l'aérophagie nous permettent d'admettre que certains aérophages sont donc probablement des hernieux qui s'ignorent, partant que *certaines ventripotences gazeuses* peuvent être réduites par la suppression de l'épine irritative herniaire, mais de là aux généralisations de ZABÉ il y a loin, il y a tout ce qui sépare le domaine solide des certitudes pathologiques, au terrain mouvant des théories faciles.

De même, on peut admettre qu'une hernie est à même de provoquer des douleurs lombaires qu'il est facile de qualifier de lumbago ; toutes les irritations portant sur le tube digestif ou sur l'appareil génital entraînent des douleurs lombaires, c'est là une conséquence des phénomènes métamériques de sensibilité échoïque ; à ce titre donc, les troubles provoqués dans les viscères abdominaux par les hernies de la ligne médiane sont à même de provoquer indirectement ces douleurs lombaires, mais ce n'est là qu'un seul des cas particuliers de toutes les causes, digestives ou autres, des nombreux facteurs abdominaux qui provoquent l'endolorissement lombaire ; on ne peut donc admettre qu'avec circonspection les conclusions de ZABÉ sur ce point, et surtout l'on doit, dans cette conjoncture, se défendre vigoureusement des digressions et des généralisations faciles.

Voici ce qu'à notre avis, il faut garder du rôle pathogène des hernies occultes de la ligne médiane, après examen critique, sévère peut-être, mais atten-

tif, de ces états ; nous reconnaissons d'ailleurs, et nous pensons que d'autres le reconnaîtront également, que, même réduit à cette expression plus simple, le rôle pathogène des hernies occultes de la ligne blanche et de l'ombilic reste suffisamment important pour mériter une attention exacte de la part des médecins, car n'auraient-ils l'occasion de faire état de ces notions qu'un petit nombre de fois dans une année, que cette proportion serait encore pleinement suffisante pour leur donner l'occasion de brillants diagnostics et de cures d'autant plus remarquées que la durée antérieure de la maladie aura été plus longue et les échecs des traitements appliqués antérieurement auront été plus nombreux.

Nous voulons maintenant, avec beaucoup de prudence, tirer quelques conclusions sur l'analyse d'une observation qui nous semble des plus intéressantes et qui éclaire quelque peu sur le rôle éventuel de ces hernies de la ligne blanche et de l'ombilic.

OBSERVATION XII (A.-C. GUILLAUME).

Un homme de 45 ans vient consulter pour des douleurs d'estomac qui durent depuis plusieurs mois sous forme intense, et qui ont été précédées depuis plusieurs années par des troubles vagues, imprécis, un malaise digestif intermittent.

Ces troubles ont fait, ailleurs, porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Actuellement, le malade se plaint de souffrir, 2 à 3 heures après son repas, de douleurs violentes au creux épigastrique, douleurs qui sont accompagnées d'une sensation de malaise général, d'éructations, de renvois acides. Ces douleurs ont amené le malade, spontanément, puis sur des conseils médicaux, à modifier son régime alimentaire, ce qui, d'ailleurs, n'a rien changé aux douleurs, mais a eu pour conséquence de faire maigrir le patient et de provoquer une constipation qui n'existait pas auparavant.

Toutefois, on doit noter les points particuliers suivants : 1^o le malade dit avoir eu, plusieurs heures après le repas, quand il souffre, des régurgitations alimentaires ; 2^o les douleurs ne se produisent que pendant le jour, jamais la nuit, et si le malade se couche, les douleurs disparaissent presque aussitôt et une sensation de bien-être fait place aux douleurs et aux troubles digestifs.

A l'examen, on constate une légère ptose de l'estomac, des zones d'endolorissement dans la région épigastrique, mais aucun point douloureux précis.

L'examen radiologique confirme l'existence de la ptose et permet de constater un important retard de l'évacuation gastrique ; on ne note aucune niche, aucune déformation locale de l'estomac, aucun point douloureux précis ; seul un endolorissement des plexus périaortiques et du spasme du pylore.

De plus, le patient est un cafetier, contraint à boire par sa profession, fumant beaucoup, et vivant dans une atmosphère d'alcool ; on ne note cependant aucun signe d'éthylisme caractéristique.

Le malade est alors soumis au régime des ptosiques, et

et quand il se couche dans la journée, après son repas de midi, il se sent bien, n'a pas de douleurs, mais s'il se lève avant la fin de la première heure qui suit la fin du repas, s'il boit en abondance à un moment quelconque de la journée, les douleurs reprennent comme auparavant.

Ces constatations, l'absence de douleurs la nuit et quand le patient est couché ou se couche, me font explorer alors, fort attentivement, la région de la ligne blanche, et me font découvrir, à mi-distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, plus près de l'ombilic cependant, une petite brèche, qui est surtout apparente quand on fait asseoir et redresser le patient ; on a même, à certains moments, le sentiment qu'au travers de cette brèche vient saillir un corps de consistance charnue.

Je demande donc à BERGERET d'opérer ce patient, de faire une cure de la hernie et de vérifier l'état de l'estomac. A l'opération, on trouve très nette la petite hernie de la ligne blanche, son sac est vide, mais la position de l'orifice coïncide avec la face antérieure de l'estomac. L'exploration de l'estomac et du pylore tout spécialement, ne permet de reconnaître aucune lésion d'aucune sorte, ni périgastrite, ni induration pariétale, ni modification de la séreuse, ni zone anormalement vascularisée ; en somme, à la vue et au palper, un estomac sain. La cure radicale de la hernie est pratiquée. L'opération amène un soulagement immédiat et complet, et le malade reprend sa profession et une vie nouvelle, sans éprouver aucun trouble ; cet état de guérison persiste pendant 7 mois, puis, après ce moment, se produisent des douleurs qui n'ont plus, le malade le dit de lui-même, le même caractère que les précédentes ; ce sont des dou-

leurs plus continues, plus tenaces, survenant d'une façon régulière, après le repas de midi comme après le repas du soir, vers la 3^e heure qui suit la fin du repas ; ces douleurs irradient dans le dos, elles sont accompagnées de renvois acides. A l'examen, un mois environ après la reprise des douleurs, on constate l'existence d'un point douloureux très net à droite de la ligne médiane, dans la région correspondant au pylore, et l'existence d'une contracture évidente du grand droit du côté droit. En somme, un syndrome assez différent du précédent et beaucoup plus évocateur de l'idée d'ulcère gastrique. L'examen radiologique confirme d'ailleurs cette impression, en montrant une douleur très nette sur le pylore, avec spasme de celui-ci et début de déformation ulcéreuse.

On met alors le malade à un traitement d'ulcéreux, qui amène une amélioration très rapide des douleurs, et le malade, revu à intervalles réguliers, peut être amené ainsi à une guérison complète en quelques mois ; revu depuis à plusieurs reprises dans les deux années qui suivent, la guérison s'est maintenue ; des nouvelles indirectes ont été reçues du patient, voici presque un an, c'est-à-dire trois ans après l'opération ; elles indiquent qu'il n'y a pas eu d'épisode gastrique important depuis le rétablissement.

Cette observation rend perplexe ; on peut l'interpréter en effet de plusieurs manières différentes ; on peut par exemple faire les hypothèses suivantes :

1° Sous l'influence exercée par la hernie, et par suite des troubles de la motilité gastrique produits à cette occasion, ou par suite de phénomènes réflexes,

il s'est créé un trouble trophique du pylore, qui a évolué, favorisé par les conditions dans lesquelles vivait le malade (boissons) et qui a abouti à un ulcère du pylore.

2^o L'ulcère du pylore existait déjà, larvé, lors de l'opération, mais on ne l'a pas constaté; la cure de la hernie a, dans ces conditions, déterminé la guérison des troubles provoqués par la hernie, mais l'ulcère a évolué et s'est confirmé cliniquement ensuite. On peut admettre aussi que l'ulcère s'est créé depuis l'opération.

3^o Tous les troubles étaient dus à un ulcère existant nettement avant l'opération, mais la cure de la hernie a provoqué une amélioration de plusieurs mois, les troubles reprenant ensuite.

De ces trois hypothèses, la moins admissible est la troisième; le temps de plusieurs mois pendant lequel il n'y a eu aucun trouble, est trop long, en effet, et puisque le régime alimentaire normal a été repris aussitôt après la fin des suites opératoires, on ne comprend guère la raison de cette amélioration. Contre cette hypothèse, sont également les résultats de l'exploration gastrique minutieuse effectuée lors de l'opération, et il semble peu probable qu'un ulcère en évolution, et capable de provoquer des troubles de l'importance de ceux constatés, ait pu passer inaperçu à une exploration opératoire de l'estomac.

La deuxième hypothèse peut, dans sa première partie, être considérée comme une dépendance de la

première hypothèse, car, évidemment, on peut homologuer le trouble trophique causé par l'irritation de la hernie avec un début de processus ulcéreux ; la deuxième partie de la deuxième hypothèse semble par contre peu probable, à moins d'admettre une coïncidence, possible il est vrai, mais curieuse cependant, d'un ulcère survenant précisément dans les quelques mois qui suivent l'opération de la hernie.

On est donc en droit de se demander si ces irritations intermittentes, mais répétées pendant un temps assez long, n'ont pas provoqué, par un mécanisme vasculaire réflexe ou par suite du spasme du pylore, des troubles trophiques de la muqueuse dont l'aboutissant a été l'ulcère, la vie particulière du patient (cafetier) favorisant la constitution de cette lésion.

L'ignorance dans laquelle nous sommes des mécanismes qui conduisent à la genèse de l'ulcère gastrique, ne permet pas de conclusions fermes sur ce point ; ce que l'on est en droit de dire, cependant, c'est que les notions éparses relatives à la genèse de l'ulcère gastrique ne sont pas défavorables à cette hypothèse.

Cette manière de voir aurait, d'après GUILLAUME, une conséquence pratique de haute importance ; il serait désirable, dans le cas où des troubles gastriques sont la conséquence d'une hernie de la ligne blanche, d'opérer cette hernie sans tarder pour éviter la persistance des désordres moteurs ou vasculaires qui peuvent engendrer l'ulcère, et il faut re-

marquer, avec GUILLAUME, qu'un certain nombre de cas analogues à celui qu'il rapporte dans son observation, peuvent recevoir l'explication suivante : nombre de hernies de la ligne blanche passent inaperçues et peuvent conduire le malade à l'opération avec le diagnostic d'ulcère gastrique. Opérant un malade après plusieurs mois d'évolution de troubles gastriques d'abord peu caractéristiques d'un ulcère, puis ultérieurement plus nettement indicatifs de l'ulcération gastrique, on fait une laparotomie médiane sus-ombilicale ; ce faisant, et sans s'en apercevoir, on fait la cure de la hernie de la ligne blanche ; donc si le malade n'a pas d'ulcère mais simplement des troubles gastriques dus à la hernie, on assure la guérison par la cure de la hernie, une gastro-entérostomie faite ou non dans ces cas ne modifiant pas, évidemment, les suites favorables créées par la cure herniaire ; ainsi, un certain nombre de cas de hernies peuvent passer inaperçus, et un certain nombre de hernies de la ligne blanche provoquant l'apparition d'un ulcère gastrique existant par la suite, peuvent elles aussi rester méconnues, car leur cure est faite, sans que l'on s'en doute, au moment où l'on traite opératoirement l'ulcère.

Certes, il ne faut pas exagérer les conséquences pratiques de telles vues, mais elles ajoutent, semble-t-il, un élément important aux nombreuses considérations d'ordre pratique qui s'attachent à la connaissance de ces hernies occultes de la ligne médiane de l'abdomen.

CHAPITRE V

LA DÉTECTION DES PETITES HERNIES ET LEUR TRAITEMENT

Tout le diagnostic de ces états abdominaux engendrés par les hernies est lié à la connaissance et à la détection de ces petites hernies. Ce n'est pas là chose très facile en général, car il faut savoir chercher et trouver ces lésions de dimensions minuscules bien souvent, et cachées à qui ne les recherche pas d'une façon systématique par une exploration visuelle, digitale, et même radiologique, harmonieusement coordonnée.

Le diagnostic des hernies.

Il ne faut guère compter en effet sur le patient pour vous signaler ces lésions, ce qui n'est pas son rôle d'ailleurs; contrairement à beaucoup d'autres hernieux, qui connaissent leur infirmité, la catégorie de patients que nous considérons ici peut être dite des *hernieux qui s'ignorent*; raison de plus pour faire une recherche systématique de ces lésions.

Dans certaines conditions de maigreur très marquée de la paroi, ou dans les cas de petites hernies

de dimensions supérieures aux conditions habituelles et occupées par leur contenu viscéro-épiploïque, un examen visuel de l'abdomen, principalement quand il est fait en direction oblique et à jour frisant, fait reconnaître l'existence des hernies de la ligne blanche ; pour les hernies juxta-ombilicales, il est plus rare d'en faire la constatation *de visu*, les particularités inhérentes à l'ombilic, la très grande dissemblance de forme de l'ombilic d'une personne à une autre, font, en effet, des aspects fort divers qui ne sont pourtant pas le signe d'une disposition pathologique, et qui ne doivent en rien faire penser à la présence d'un exomphale ; une exploration de l'ombilic, dans le but de découvrir une de ces petites hernies qui font l'objet de l'étude présente, implique donc la nécessité absolue d'une exploration manuelle, isolée ou combinée à l'exploration visuelle. *Pour effectuer un bon examen de l'ombilic, il faut, en effet, tout d'abord, le déplisser.*

ZABÉ estime que certains aspects de l'ombilic, qui peuvent être considérés comme des formes individuelles particulières, sont en réalité symptomatiques de l'existence de petites exomphales génératrices de troubles viscéraux abdominaux.

« Certaines cicatrices de l'ombilic sont dissimulées sous un repli cutané qui figure une paupière supérieure plus ou moins close. D'autres arrivent à ne plus présenter, à l'inspection, qu'une simple ligne transversale plus ou moins allongée. D'autres, au contraire, offrent pour toute pers-

pective le maigre tracé d'une ligne verticale. Si l'on entr'ouvre les lèvres de ces fentes horizontales ou verticales, l'on aperçoit, un peu au-dessus de la cicatrice indemne, la petite exomphale, cause de ces étranges déformations.

« Sans obésité aucune, des entonnoirs ombilicaux mesurent jusqu'à 3 ou 4 centimètres de profondeur. Ces infundibula sont formés par le retrait de la cicatrice ombilicale, qui se trouve entraînée et maintenue en arrière par une bride herniaire épiploïque. Quelques ombilics sont atrophiés et réduits à un état rudimentaire. D'autres, enfin, sont saillie sur l'abdomen comme une rosette décorative sur le revers d'un habit. Le plus grand nombre de ces déformations ombilicales, jusqu'alors inéditées, sont la conséquence de petites exomphales qui, le plus souvent, ont subi un travail de régression plus ou moins avancé. Les brides épiploïques auxquelles elles donnent naissance et l'intestin qui souvent adhère à ces stigmates, déterminent de nombreux troubles digestifs. Ces lésions herniaires amènent assez fréquemment un développement exagéré de l'abdomen, suffisant pour constituer ce que l'on appelle l'obésité abdominale. »

Pour explorer la région de l'ombilic, ZABÉ donne les conseils suivants :

« Le patient étant debout, le corps légèrement incliné en avant, le toucher abdominal doit être pratiqué avec l'extrémité de l'index, en parcourant avec soin les replis de l'anneau, ainsi que les parties avoisinantes. Si une petite grosseur molle, irrégulièrement arrondie et au devant de laquelle la peau glisse librement, est rencontrée dans cette région, et qu'une pression modérée fasse naître une douleur plus ou

moins vive, l'existence d'une hernie est à peu près certaine. Cet élément est d'autant plus probant qu'une pression beaucoup plus forte sur les parties voisines reste insensible. Lorsqu'un gargouillement est perçu sous l'influence d'une secousse de toux, plus de doute possible ; c'est le signe de toute hernie dont le sac contient une partie d'intestin.

« Le taxis de ces petites hernies suscite parfois une sensation douloureuse dans un point opposé de la circonférence abdominale, tel que l'épigastre, les hypochondres ou l'hypogastre. »

En voici un exemple dû à ZABÉ :

OBSERVATION XIII (ZABÉ)

A la suite d'une métrite consécutive à un accouchement, une femme de 23 ans était restée souffrante pendant 2 ans. Debout, elle ressentait des douleurs dans le ventre, qui partaient de l'ombilic et s'étendaient de chaque côté de l'hypogastre. Le champ dolosif formait un V renversé. Or, la patiente était atteinte d'une petite exomphale ; une pression directe sur cette hernie exaspérait aussitôt les souffrances habituelles. Une contention méthodique amena promptement la guérison de ces douleurs.

ZABÉ remarque encore :

« Lorsque l'on examine attentivement les petites hernies ombilicales, l'on aperçoit que dans les inspirations profondes, les mouvements d'élévation de la paroi abdominale et ceux d'un nombril hernié ne sont plus isochrones, l'ombilic entravé rompant la mesure. »

Une pression exacte, faite sur la partie herniée, produit une sensation pénible vive, semblable à une piqure, à une brûlure, et peut éveiller simultanément une sensation douloureuse échoïque en un point différent de l'abdomen, par exemple à la partie supérieure de l'épigastre, soit dans les espaces intercostaux ou à l'hypogastre.

Il faut fixer tout particulièrement son attention sur le rebord supérieur de l'anneau ombilical ; en voici une preuve :

OBSERVATION XIV (A. C. GUILLAUME)

Un homme de 24 ans se plaint de douleurs gastriques atypiques, survenant par crises espacées, sans rapport avec le régime alimentaire, accompagnées de crises d'éruclation ; l'examen radiologique est absolument négatif et ne révèle aucun trouble d'aucune sorte. A l'examen de l'ombilic, on constate, immédiatement au-dessus du rebord de l'anneau ombilical, et un petit peu à gauche, un orifice très net, de petites dimensions, de forme allongée transversalement, et qui, dans certains efforts violents de toux, s'obture par une masse qui vient buter et s'engager dans l'orifice.

Voici toute une série de conditions d'exploration de l'ombilic ; voyons maintenant les faits qui se rapportent plus particulièrement à l'exploration des hernies de la ligne blanche.

Le simple palper, même méthodique et attentif de la ligne blanche, ne permet pas toujours de recon-

naître la présence d'un orifice herniaire de cette région, il faut, pour tirer le maximum possible de renseignements de l'exploration de cette région, combiner le palper le plus délicatement attentif avec les positions différentes du corps, positions qui tendent ou relâchent l'aponévrose, font rentrer ou tendent à faire sortir les viscères de la cavité abdominale ; les respirations amples, la toux provoquée, les mouvements qui permettent au malade de s'asseoir ou de s'étendre, assurent la correcte exécution de cet exercice des muscles pendant lequel le palper perçoit les plus petites différences sur lesquelles on va fonder alors son diagnostic ; ce faisant, on aperçoit la saillie d'une petite hernie qui rentre ensuite et laisse à sa place un petit orifice à rebord durs, nets et comme tranchants, cela suffit à reconnaître et affirmer la présence d'une petite hernie de la ligne blanche et permet de penser que les troubles viscéraux observés se rapportent à cette cause.

MALGAIGNE a fait remarquer que, pendant les efforts produits par la toux, la partie moyenne du ventre, qui correspond aux muscles droits, se bombe, projetée en avant par l'impulsion des viscères abdominaux.

Le rôle de la radiologie est, dans cette conjoncture, double. Ce mode d'exploration permet, d'une part d'éliminer les affections que peuvent simuler les accidents provoqués par les hernies de la ligne médiane ; il permet, d'autre part, de reconnaître parfois le contact immédiat de l'estomac avec l'orifice herniaire constaté.

Le traitement des petites hernies de la ligne blanche et de l'ombilic

Le temps n'est plus où la chirurgie redoutait les plus minimes interventions au point de ne les pratiquer qu'en cas d'urgence absolue.

TERRIER, au Congrès de chirurgie de 1886, a insisté sur la nécessité du traitement opératoire de ces hernies de la ligne blanche; et depuis, il ne peut guère venir à l'esprit d'un médecin ou d'un chirurgien, hormis les contre-indications qui peuvent être la conséquence d'un trouble très grave de la santé générale (cardiopathie décompensée, affection grave du foie, diabète), de conseiller l'usage d'un de ces appareils de contention, dont on faisait usage autrefois à juste raison, auxquels on doit de beaux succès certes, mais succès qui sont obtenus au prix du port, gênant, et parfois douloureux, d'un dispositif qui doit être assez énergiquement appliqué pour éviter la sortie de la hernie ; et quand il s'agit de ces hernies minuscules, on comprend aisément que la surface comprimée par l'appareil étant très petite, la compression n'en est que plus pénible et parfois dangereuse pour les téguments.

ZABÉ avait préconisé, voici 20 ans, la contention méthodique de ces hernies à l'aide d'appareils de sa création et ne ressemblant pas aux bandages herniaires employés ordinairement. Ces appareils préconisés par ZABÉ sont constitués par un « bouton creux

en caoutchouc, placé au centre d'une pelote » ; ce bouton refoule ainsi la hernie tout en pénétrant dans l'anneau. Par l'emploi de cet appareil, ZABÉ dit avoir obtenu la cure radicale des exomphales de petites dimensions et même la rupture de la bride épiploïque entravant les viscères ; dans d'autres cas, selon lui, l'amélioration constatée après quelques semaines de contention serait due à un relâchement de la bride épiploïque. Mais il reconnaît que, dans nombre de cas, la guérison ne peut être obtenue de cette façon, et qu'il faut avoir recours à l'intervention malgré les tentatives faites au moyen des appareils.

Cette opinion, déjà fort interventionniste pour l'époque, puisque ZABÉ la défendait en 1895, nous paraît devoir être encore modifiée dans un sens plus interventionniste et les progrès de la chirurgie abdominale *commandent, à l'heure actuelle, de pratiquer, d'une façon systématique, la cure opératoire de ces hernies.* L'intervention donnant, dans ces cas, des garanties que les appareils de contention ne donnent que d'une façon intermittente.

Il n'est pas dans notre intention de faire ici l'étude du manuel opératoire de ces cas, le traitement chirurgical de ces petites hernies n'ayant aucune particularité qui mérite vraiment de retenir l'attention ; la seule précaution à prendre, à notre sens, c'est l'exploration systématique de la face postérieure de l'orifice herniaire, de manière à s'assurer qu'aucune adhérence épiploïque, aucune bride, ne reste attachée à la paroi.

CONCLUSIONS

I. — Un certain nombre de gastropathes sont des hernieux qui s'ignorent.

II. — Les hernies qui sont en cause dans ces cas, sont des hernies minuscules de la ligne blanche ou du pourtour de l'anneau ombilical ; parfois aussi ce sont de petites exomphales.

III. — L'estomac, l'épiploon, l'intestin aussi s'engagent dans ces hernies, et ces incarcérations herniaires ont pour effet des troubles, d'aspect et d'intensité variables, qui miment nombre d'affections gastro-intestinales, notamment l'ulcère ; l'aérophagie peut être une conséquence de ces hernies.

IV. — Le traitement des troubles ainsi créés, est tout entier dans le traitement de ces hernies, traitement qui est opératoire sauf quelques contre-indications assez rares.

Vu : Le Président de la thèse,
HARTMANN.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

